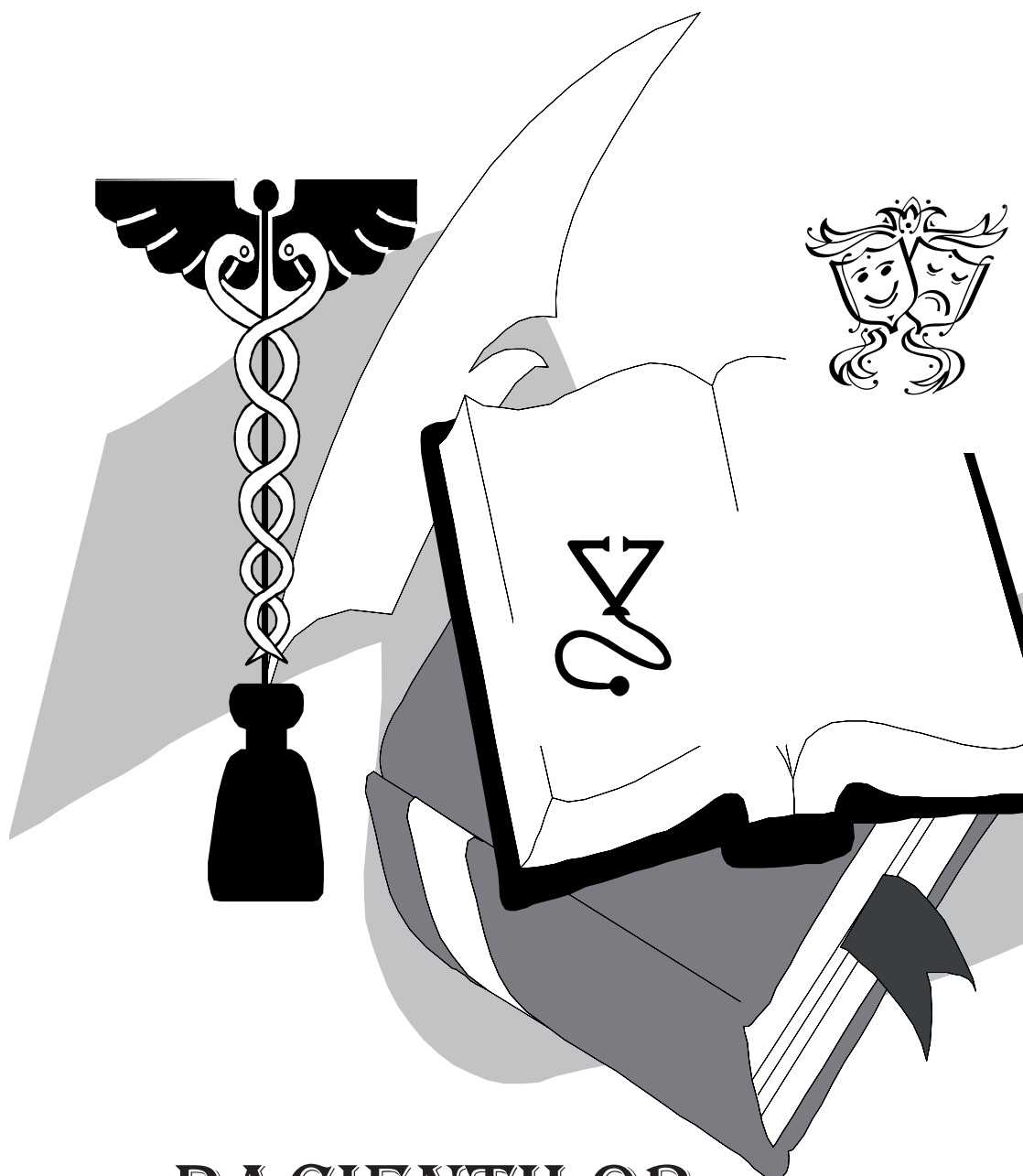


*Liliana
Rogozea*

*Tatiana
Oglindă*

Î
N
G
R
I
J
I
R
E
A



PACIENȚILOR
I

Cuprins

	pg.
1. Pregătirea preoperatorie și îngrijiri postoperatorii	3
2. Aplicații calde și reci	12
3. Îngrijiri în afecțiuni respiratorii	15
4. Îngrijiri în afecțiuni cardio-vasculare	53
5. Îngrijiri în afecțiuni digestive	88
6. Intoxicații	118
7. Îngrijiri în afecțiuni ale aparatului locomotor	136
8. Bibliografie selectivă	151
9. Postfață	152
10. Anexe	153

Coordonator:

Dr. *Liliana Marcela Rogozea*

Contribuția autorilor:

Conf.univ. Dr. *Liliana Marcela Rogozea*,

Universitatea Transilvania Brașov

- subcapitolele: 2, 3A, 3C, 3E, 4A, 4C, 4E, 5C, 5E, 6, 7C, 7E
- în colaborare: 1, 3B, 3D, 4B, 4D, 5B, 5D, 7B, 7D

As. med. pr. *Tatiana Oglindă*, Universitatea Transilvania Brașov

- în colaborare: 1, 3B, 3D, 4B, 4D, 5B, 5D, 7B, 7D

Co-autori:

Dr. *Costache Cristea*, as.univ. Universitatea Transilvania Brașov

- subcapitolele: 5A, 7A

As. med. pr. *Drăgoi Maria*, Universitatea Transilvania Brașov

- în colaborare subcapitolele: 3B, 3D,

As. med. pr. *Negrilă Domnica*, Universitatea Transilvania Brașov

- în colaborare subcapitolele: 4B, 4D,

As. med. pr. *Cojan Cristina*,

- în colaborare subcapitolele: 5B, 5D,

As. med. pr. *Peter Tunde*, Universitatea Transilvania Brașov

- în colaborare subcapitolele: 7B, 7D,

Director editorial: Dana Anghelescu

© Libris Editorial, 2018

Libris Editorial

Str. Mureșenilor Nr. 14 Brașov, România

E-mail: editura@libris.ro

Web: www.libris.ro

Librăria online www.libris.ro

Respect pentru oameni și cărți

Tipărit în România

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

ROGOZEA, LILIANA

Îngrijirea pacienților / Liliana Rogozea, Tatiana Oglindă. - Brașov:

Libris Editorial, 2017-2018

4 vol.

ISBN 978-606-8814-76-6

Vol. 1. - 2018. - ISBN 978-606-8814-79-7

I. Oglindă, Tatiana

61

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

A. Pregătirea preoperatorie a pacientului cuprinde patru etape:

1. pregătirea fizică
2. pregătirea psihică a pacientului
3. pregătirea generală:
 - A. bilanț clinic
 - B. bilanț paraclinic
 - C. evaluarea riscului operator
4. pregătirea pentru operație
 - A. corectarea modificărilor funcționale
 - B. diferențiată în funcție de timpul avut la îndemână și de gradul de independență al pacientului
 - C. recomandări particulare

B. Pregătirea în sala de operație

C. Pregătirea personalului medical

A. Pregătirea preoperatorie a pacientului

Scop:

- ↗ crearea condițiilor optime (fizice și psihice) pentru operație
- ↗ asigurarea unui confort maxim pre- și postoperator
- ↗ păstrarea unui grad cât mai mare de independență, atât pe perioada intervenției cât și după
- ↗ prevenirea complicațiilor postoperatorii
- ↗ neutralizarea surselor de suprainfecție (la nivelul pielii: incizia; la distanță: naso-faringian, vezica urinară).
- ↗ depistarea unor eventuale alergii (prevenirea șocului anafilactic)

1. PREGĂTIREA FIZICĂ A PACIENTULUI

la internare:

- ↗ deparazitare,
- ↗ toaleta generală, schimbarea lenjeriei (pijama, papuci, halat)
- ↗ conducerea pacientului în secția de chirurgie

2. PREGĂTIREA PSIHICĂ A PACIENTULUI

- ↗ este ajutat să-și exprime gândurile, grijile, teama
- ↗ i se insuflă încredere în echipa operatorie – nu se fac aprecieri personale asupra acestuia
- ↗ este asigurat că va fi însoțit și ajutat
- ↗ i se explică etapele intervenției, folosind limbajul adecvat
- ↗ se verifică acceptul asupra realizării intervenției

3. PREGĂTIREA GENERALĂ

A. BILANȚUL CLINIC

Surse de informare.

- ↗ pacientul
- ↗ familia
- ↗ examinarea clinică
- ↗ foaia de observație (inclusiv foile vechi)

a. **Bilanț clinic general actual:**

- ↗ aspectul general al pacientului, ținută,
- ↗ înălțimea,
- ↗ greutatea (obezitate sau cașexie),
- ↗ vârsta (aparentă și reală),
- ↗ aspectul pielii (hidratarea sau deshidratarea organismului, leziuni, etc.),
- ↗ facies,
- ↗ mers,
- ↗ stare psihică,
- ↗ proteză dentară – dacă este cazul

b. **Bilanț bazat pe antecedentele pacientului:**

- familiale:
 - neoplasme, diabet, HTA, cardiopatii, tuberculoză, sifilis, etc.
- personale:
 - chirurgicale: alte intervenții suferite de pacient – evoluția lor, eventuale complicații
 - patologice: afecțiuni pulmonare, cardiace, fumător sau nu, diabet, etilism, epilepsie, etc.

- c. **Bilanțul funcțiilor vitale:** TA, puls, respirație, temperatură, diureză, scaun
 d. **Bilanț pe aparate:** este realizat prin palpate, inspecție, auscultație

B. BILANȚUL PARACLINIC

1. Examene de rutină
 - obligatorii înaintea tuturor intervențiilor chirurgicale,
 - TS, TC, grup sanguin, hematocrit, glicemie, uree sanguină
2. Examene complete:
 - HLG completă, VSH, ionogramă, coagulograma completă, proba de disproteinemie, proteinemie, transaminaze, creatinină
 - ex. urină,
 - EKG – obligatoriu după 40 de ani
 - radiografie sau radioscopie pulmonară
3. Examene speciale:
 - în funcție de aparatul sau organul pe care se intervine
 - ex: spirometrie în caz de dispnee de efort, tuse cronică, wheezing

Examenele paraclinice se fac în funcție de:

- tipul și amploarea intervenției chirurgicale,
- starea generală a pacientului,
- afecțiuni existente,
- timpul avut la dispoziție.

C. EVALUAREA RISCULUI ANESTEZIC ȘI OPERATOR:

Factorii de risc anestezic și operator:

- ⇔ vârsta:
 - peste 60 de ani
 - ! la vârsta biologică
 - la persoanele în vârstă doza de narcotice trebuie să fie mai mică; trebuie evitată supraîncărcarea circulației
- ⇔ starea de nutriție - obezitatea – risc de abcese parietale
- ⇔ graviditatea
- ⇔ pacient tarat – cu boli imunosupresive, tratament citostatic
- ⇔ pacient cu cicatrizare deficitară: hipoproteinemie, vascularizație deficitară
- ⇔ tratamente anterioare cu: corticoizi, anticoagulante
- ⇔ radioterapie (de preferat intervențiile trebuie efectuate după 2-12 săptămâni după întreruperea tratamentului)
- ⇔ alterări ale aparatului cardiovascular, respirator, funcției renale și hepatice
 - ! nu se ține cont de afecțiunile cardio-vasculare în urgențe precum: hemoragii grave, perforații viscerale, ocluzii intestinale, disecție de aortă, ruptură de anevrism

4A. CORECTAREA TULBURĂRILOR FUNCȚIONALE:

I. respiratorii

- ↻ se administrează medicație expectorantă
- ↻ în astmul bronșic, medicația va fi profilactică și curativă, pentru ca anestezia să nu declanșeze o criză
- ↻ infecții acute ale căilor respiratorii – la 1-2 săptămâni după vindecare; în caz de urgență nu se face anestezie gazoasă
- ↻ infecțiile bronho-pulmonare cronice – risc mare de atelectazie și pneumonie postoperatorie
- ↻ fumatul - oprit cu 2 săptămâni înainte de intervenție

II. cardio-vasculare

- ↻ insuficiența cardiacă: se administrează tonice cardiace (Lanatozid C, Celonid, etc.)
- ↻ HTA:
 - ↳ se administrează medicamente care scad TA cât mai aproape de normal, în funcție de caracterul HTA
 - ↳ ! la echilibrul hidro-electrolitic (mai ales K),
 - ↳ ! la cei cu tensiune diastolică peste 110mg Hg
- ↻ infarct miocardic acut: dacă se poate amâna intervenția minim 3 săptămâni (de preferat 3 luni)
- ↻ hipotensiune arterială
- ↻ bloc atrio-ventricular de gradul II-III, tulburări de conducere ventriculară, pace-maker
- ↻ extrasistole ventriculare: chinidină, lidocaină
- ↻ stenoză mitrală – monitorizare (risc de edem pulmonar)
- ↻ hipertensiune pulmonară – nu se operează decât urgențele
- ↻ malformații cardiace congenitale – măsuri speciale

III. digestive

- ↪ vărsăturile – se corectează pierderile de lichide și săruri cu: soluții glucozate, ser fiziologic, clorură de K, soluții macromoleculare

IV. endocrine

- ↪ hipotiroidie: triiodotironină 50-100 mg/zi
- ↪ hipertiroidism: alimentație ≈ 4000 Kcal/zi, vitamine
- ↪ insuficiență cortico-suprarenaliană: ser fiziologic + fludrocortizon 0,1 – 0,2mg oral - 2 zile, apoi HHC 50mg la 6 ore în ziua operației
- ↪ feocromocitom – albumină ± transfuzii, 1 săptămână αblocați – fenoxibenzamina
- ↪ boala Cushing – alimentație hiperproteică, supliment de calciu

V. metabolice

- ↪ diabet:
 - ☒ este corectat cu antidiabetice orale sau insulină + regim alimentar
 - ☒ în timpul anesteziei, se administrează soluție de glucoză tamponată
 - ☒ glicemia – maxim 250mg%
 - ☒ ! la ora la care diabeticii sunt operați – dacă intervenția chirurgicală întârzie trebuie dozată atent glicemia

VI. hidro-electrolitice

- ↪ hipoproteinemia: se administrează hidrolizate de proteine (albumina umană, plasma)

VII. alte modificări:

- ↪ anemii: fier, vitamine B, dacă nu se poate temporiza intervenția transfuzii cu sânge integral,
- ↪ dializă cronică: transfuzii până hematocritul atinge 32%; hemodializă înainte de intervenție și cât mai repede postoperator
- ↪ tratament cu heparină – necesită în caz de urgență neutralizează cu protamină (i.v. lent) - de obicei la 4-6 ore de la administrarea heparinei nu e necesară neutralizarea ei
- ↪ tratamentul cu anticoagulante orale: timp de protrombină alterat – 250-500ml plasmă sau Proplex (factor IX)
- ↪ alcoolism acut - ! la riscul de hemoragie

4B. PREGĂTIREA PACIENTULUI ÎN FUNCȚIE DE TIMPUL AVUT LA ÎNDEMÂNĂ ȘI DE GRADUL DE INDEPENDENȚĂ AL PACIENTULUI

↪ timp suficient, pacient independent

↪ în ziua precedentă	<ul style="list-style-type: none"> - repaus - regim alimentar ușor digerabil, - consum de lichide (menținerea TA, dezintoxicare + mărirea diurezei, diminuarea setei, diminuarea acidozei postoperatorii) - antibioterapie: când se anticipează apariția unei infecții postoperatorii); - spălături vaginale repetate cu antiseptice (intervenții ginecologice); - spălătură gastrică (intervenții laborioase pe stomac)
↪ în seara zilei precedente	<ul style="list-style-type: none"> - pregătirea tegumentelor: <ul style="list-style-type: none"> - baie generală (spălatul părului), - se verifică unghiile (tăiate scurt fără lac de unghii); - toaleta buco-dentară; - raderea regiunii cât mai aproape de momentul intervenției (pentru a evita proliferarea germeilor la nivelul excoriațiilor cutanate), cât mai larg în funcție de zonă, cu aparat propriu; - badijonaj cu alcool și antiseptice colorate (betadina) - pregătirea tubului digestiv: <ul style="list-style-type: none"> - clismă evacuatoare cu 8-12 ore înainte cu 50-100ml apă călduță sau ser fiziologic sau 120-150ml fosfat de natriu - supozitor: bisadyl - regim alimentar (supă de legume, băuturi dulci, neacidulate); - Nu se administrează purgative. - pregătirea psihică: <ul style="list-style-type: none"> - se înlătură starea de frică, teama, anxietatea, prin comunicare directă cu tact, răbdare și înțelegere pentru pacient pentru a-i câștiga încrederea și a-i încuraja - efectuarea tratamentului: <ul style="list-style-type: none"> - se administrează sedative, hipnotice la indicația medicului (somm odihnitor, înlăturarea stării de teamă).

<p>↪ în ziua operației:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pregătirea psihică: <ul style="list-style-type: none"> - încurajarea bolnavului, - încercarea de a înlătura factorii stresori și diminuarea acțiunii celor care nu pot fi înlăturați (vizite neanunțate, discuții cu pacienți operați, stresați de intervenție, etc) - pregătirea fizică: <ul style="list-style-type: none"> - îndepărtarea bijuteriilor, - îndepărtarea protezelor dentare mobile; - clismă cu 2-4 ore înaintea intervenției; - rebadijonarea regiunii interesate cu antiseptic colorat - îmbrăcarea pacientului în lenjerie curată; - se interzic: <ul style="list-style-type: none"> - alimentația – alimentele solide cu 12 ore înainte, - fumatul; - lichidele - cu 3 ore înainte - pregătirea documentelor: <ul style="list-style-type: none"> - foaia de observație cu rezultatul analizelor, radiografiilor, explorărilor funcționale necesare, ecografiei, eventualelor scintigrafii sau tomografii - efectuarea preanesteziei: <ul style="list-style-type: none"> - scop: înlăturarea senzației de teamă, scăderea efectelor secundare ale diferitelor substanțe anestezice și a cantității anestezicelor ce urmează a fi administrate; potențarea anumitor anestezice mai slabe și sedarea pacientului, împiedicarea anumitor reflexe, reducerea secrețiilor căilor aeriene - sedative și hipnotice, analgezice, anticolinergice, în funcție de tipul de anestezie-administrate în funcție de vârstă, afecțiune și greutate - în pediatrie: atropină, petidină, morfină - la adulți: <ul style="list-style-type: none"> - barbiturice: Nembutal - sedative nebarbiturice: Diazepam, Hidroxizin, Droperidol - narcotice: morfină, petidină - anticolinergice: Atropină, scopolamină - în rahianestezie: <ul style="list-style-type: none"> - atropină 0,5-1mg s.c. cu 5-10 minute înainte, - romergan 1 fiolă și mialgin 1 fiolă i.m. cu 1 oră înainte - în anestezie generală prin intubație orotraheală: Romergan 1 fiolă și mialgin 1 fiolă intramuscular cu o oră înainte, iar atropina i.v. când se începe anestezia; - transportul pacientului: <ul style="list-style-type: none"> - de către asistente medicale care îl vor preda asistentei de la sala de operație; - cu ajutorul căruciorului, brancardei sau patului rulant, însoțit de documentația necesară
-----------------------------	---

✂ timp suficient, pacient dependent:

- ↪ pregătirea pacientului necesită aceiași timpi ca și pentru pacientul independent.
- ↪ se efectuează 2 toalete generale la pat în cele 24 de ore premergătoare operației.
- ↪ se suplinesc nevoile pe care pacientul nu și le poate satisface (ajutor în alimentație, pentru eliminare, în mobilizare, în comunicare, etc)

✂ urgente chirurgicale - timp insuficient de pregătire, indiferent de starea pacientului:

- ↪ pacientul se pregătește în același timp cu sala operatorie și cu echipa de intervenție
- ↪ pregătirea pacientului: îndepărtarea bijuteriilor, protezelor, a hainelor civile și spălarea zonelor cu risc cu apă caldă și săpun, raderea și badijonarea cu antiseptic colorat; eventualele plăgi se vor proteja prin aplicarea de pansamente; la indicația medicului se efectuează spălătură gastrică sau se instalează sondă vezicală

! ATENȚIE: toate manevrele preoperatorii se vor efectua cu respectarea strictă a normelor de aseptie și antisepsie pentru a preveni infecțiile nosocomiale.

4C. Recomandări particulare:

☰ transfuzia de sânge

- ↔ evaluarea necesității: antecedente personale patologice (hemoragice, tratament cu anticoagulante, anemie severă), valoarea timpului de sângerare, coagulare
- ↔ determinarea grupei sanguine (ABO, Rh)

↔ se administrează:

- sânge total
 - cantitatea de sânge transfuzat:
 - adult: 1000ml sânge cresc hemoglobina cu 2-3g/dl (hematocritul crește cu 8-9%)
 - copil: peste 25kg – 500ml, sub 25kg – 200ml/ Kgc, la prematuri 10ml/Kgc
 - debit: 500ml în 30'-2 ore (la cardiaci – 2-3 ore); pentru transfuziile masive se folosește sânge de 1-2 zile cu dextroză citrat-fosfat ca anticoagulant sau sânge proaspăt
 - în caz de hemoliză transfuzională se administrează manitol (12,5 g. Manitol i.v. lent apoi alternativ 1 l manitol 5-10% cu 1 l ser fiziologic + 40 mEq KCl)
- masă eritocitară – în anemia fără hipovolemie
- concentrate plachetare, plasmă îmbogățită cu trombocite – în hemoragia incontrollabilă, trombocitopenia postchirurgicală
- concentrat de factor de coagulare
- plasma – în hipovolemie
- substituenți de plasmă:
 - dextran 40 – 10-12 ml/kg/zi (sub 1 l/zi)
 - soluții saline – utilizate mai rar (!la presiunea venoasă)

☞ sondă naso-gastrică (indicată în obstrucție naso-gastrică cu stază gastrică)

☞ spălătură gastrică + sondă de aspirație – la pacienții ce au mâncat cu 8-12 ore înainte

☞ sondă vezicală

☞ cateter venos: administrarea de lichide, medicamente (vena brahială) sau determinarea presiunii centrale

☞ cateter arterial (determinarea presiunii arteriale, dozarea gazelor sanguine)

☞ continuarea tratamentului cu insulină, corticoizi, digitale

☞ antibioterapie profilactică: intervenții gastro-duodenale, fractură deschisă, protezare de șold, proteze valvulare, colecistectomie la pacienții cu risc crescut, histerectomie pe cale vaginală, by-pass vascular, rezecție colică

B. Pregătirea în sala de operație

- ✗ executată de către asistența sau asistentele din sala de operație
- ✗ se transportă pacientul de pe targă, cărucior sau pat rulant pe masa operatorie
- ✗ se verifică regiunea interesată (dacă sunt modificări tegumentare se notează și se informează medicul); la nevoie se rebadijonează
- ✗ la indicația medicului, o asistentă instalează sonda vezicală
- ✗ câmpul operator:
 - spălare 5-10 minute
 - tamponare – prosop steril
 - badijonare câmp operator:
 - soluție iodată: Betadină, Septodin
 - soluție de iod în alcool etilic
 - soluție de alcool etilic 70%
 - clorhexidină – perineu, periorbital

C. Pregătirea personalului medical

☞ spălarea mâinilor:

- 10 minute – perie sau burete steril + săpun
- !: unghiile → mâinile și antebrățele 5 minute → se schimbă peria – încă 5 minute → ± spălare cu alcool etilic 70% - 1 minut

☞ îmbracă echipamentul steril corespunzător, atât medicul cât și asistenta (asistentele)

☞ o asistentă supraveghează pacientul prin monitorizarea funcțiilor vitale și urmărirea stării generale (în cazul în care sunt pregătite două asistente)

☞ se pregătesc regiunile de elecție pentru puncția venoasă (badijonare cu betadină sau tinctură de iod) în vederea instalării perfuziei - care se execută de către asistentă sau medicul chirurg

☞ se pregătește câmpul operator prin badijonare cu alcool medicinal și apoi cu tinctură de iod, începând de la linia de incizie către periferie, pe o suprafață cât mai întinsă; se fixează câmpurile sterile astfel încât zona interesată să fie accesibilă

☞ în timpul intervenției o asistentă supraveghează pacientul și alta deservește medicul cu instrumentarul necesar (conform indicațiilor).

☞ asistenta medicală trebuie să stăpânească foarte bine toate tehnicile ce urmează a fi efectuate (recoltări, puncții, injecții, etc.) pentru a putea acționa sigur dar blând și a nu provoca noi suferințe pacientului

ÎNGRIJIREA POSTOPERATORIE A PACIENȚILOR

- ⇔ începe din momentul terminării intervenției chirurgicale.
- ⇔ va fi supravegheat în permanență, incluzând perioada transportului din blocul operator la secția de terapie intensivă sau salon, în funcție de intervenția chirurgicală avută (majoră sau minoră) și tipul de anestezie.
- ⇔ ! ⇔ pacientul reacționează la actul operator și în funcție de tipul său reactiv, nu numai în funcție de tipul intervenției chirurgicale efectuate
- ⇔ și cea mai simplă intervenție chirurgicală poate fi urmată de complicații

A. Transportul pacientului în secția de anestezie și terapie intensivă sau în salon:

- ☒ se efectuează cu patul rulant sau căruciorul, cu mare atenție
- ☒ nu se efectuează opriri sau porniri bruște, asigurându-se un mers cât se poate de lin
- ☒ poziția - în funcție de intervenția chirurgicală suferită și de tipul de anestezie;
 - ☒ în general – decubit dorsal fără pernă, cu capul într-o parte
- ☒ pacientul va fi învelit, pentru a fi protejat împotriva schimbărilor de temperatură ce pot surveni
- ☒ se supraveghează: facies (cianoză), respirație, puls, perfuzie, drenajul (tuburi de dren)

B. Instalarea în salon sau secția de Terapie Intensivă

☒ asigurarea condițiilor de mediu:

- cameră curată, aerisită, liniștită;
- temperatură de 18° - 20°C;
- instalații de oxigen;
- aparatură pentru ventilație mecanică;
- pat accesibil din toate părțile – prevăzut cu mușama și aleză

☒ asigurarea poziției în pat:

- mutarea pacientului de pe cărucior pe pat se efectuează de către 3 persoane – mișcărilor să fie sincrone
- decubit dorsal fără pernă, cu capul într-o parte
- poziție Fowler – la obezi, cardiaci, operații pe sân, intervenții pe abdomen
- decubit ventral – intervenții pe coloana vertebrală
- decubit lateral – intervenții la rinichi – favorizează drenajul
- poziție Trendelenburg – circulație cerebrală deficitară
- pentru menținerea poziției, se folosesc paturi speciale, articulate sau accesoriile necesare (suluri, pernițe tari, perne, pături, colaci de cauciuc, etc)

C. Supravegherea pacientului

☒ durerea:

- ⇔ intensitatea durerii postoperatorii urmează o curbă ascendentă cu maximum în noaptea ce urmează operației, pentru ca apoi să diminueze progresiv, la 48 ore postoperator
- ⇔ se asigură o poziție confortabilă, în funcție de intervenția chirurgicală suferită
- ⇔ administrarea analgezicelor sau hipnoticelor sedative: algocalmin, piafen, fortral, mialgin, sintalgon, fenobarbital, diazepam, dormital, etc – la indicația medicului
 - morfină
 - 10mg i.m. injectate la 3-4 ore
 - 3-4mg i.v. diluat în 3-5ml ser; 2-3 doze la 15-20min, apoi la 1 oră (doar în primele ore de la intervenție când absorbția i.m. se face neregulat
 - ! efecte adverse: deprimarea respirației, vărsături
 - mialginul (petidina)
 - 75-100mg
 - perfuzie i.v. 1 mg/min în primele ore, apoi 0,5mg/min
 - hidromorfină: 1-2 mg i.m. la 2-3 ore
 - metadonă: 10mg la 4-6 ore
 - pentazocină
 - codeină: 30-40mg la 3-4 ore
- ⇔ în cazuri deosebite, se mai poate practica: anestezierea nervilor intercostali sau anestezie peridurală continuă

☒ aparatul respirator:

- ⇔ eficiență combatere a atelectaziei, pneumoniei și bronhopneumoniei:
- ⇔ după anestezie (mai ales după cea generală) și după intervențiile mari efectuate pe cutia toracică, capacitatea diminuează în primele 12 - 16 ore după operație, reabilitându-se progresiv și atingând valorile normale la 7 - 14 zile de la operație
- ⇔ monitorizarea respirației: frecvență, amplitudine, ritm; eventuale modificări (raluri, respirație Cheyne-Stockes, Kussmaul, respirație stertoroasă, etc) – la 15-30 minute până la stabilizare

- ⇔ recoltarea sputei – dacă este necesar
- ⇔ aspirarea secrețiilor
- ⇔ încurajarea tusei și a expectorației – protejarea plăgii operatorii prin presarea moderată a acesteia în timpul tusei, cu ambele palme
- ⇔ oxigenoterapie – dacă este necesar
- ⇔ mișcări respiratorii ample, care favorizează mobilizarea și eliminarea secrețiilor bronșice
- ⇔ aparatură cardio-vasculară
 - ⇔ monitorizarea: puls periferic, TA, alură ventriculară, presiune venoasă centrală, ECG
 - ⇔ combaterea stazei venoase (combaterea complicațiilor tromboembolice)
 - ⇔ recoltări sanguine pentru: TS, TC, TQ, TH, timp de protrombină, HLG
- ⇔ aparatură urinară
 - ⇔ bilanț hidric zilnic
 - ⇔ monitorizarea: diurezei – orare, densității
 - ⇔ micțiunea spontană la pacientul nesondat la 6-8 ore după operație
 - ⇔ recoltări pentru ureea sanguină și urinară
 - ⇔ asigurarea aportului de lichide necesar
 - ⇔ instituirea unei perfuzii i.v. cu: manitol, ser fiziologic, soluție Ringer, glucoză 5%, etc
 - ⇔ instituirea sondei a demeure – în cazul retenției de urină
- ⇔ aparatură digestivă:
 - ⇔ combaterea vărsăturilor
 - ↳ sondă nazo-gastrică pentru aspirație continuă – combate vărsăturile, staza gastrică și distensia abdominală
 - ↳ administrare de scobutil, lizadon, emetiral, torecan – la indicația medicului
 - ⇔ combaterea meteorismului abdominal:
 - ↳ mobilizare precoce a pacientului
 - ↳ aplicații de comprese calde pe abdomen
 - ↳ administrare de cărbune vegetal
 - ↳ introducerea tubului de gaze
 - ↳ excitarea peristaltismului colonului inferior prin clismă înaltă cu lichide calde (38-39°C) sărate, cu săpun, glicerină sau sulfat de magneziu (100-200ml odată cu ajutorul seringii Guyon)
 - ⇔ favorizarea scaunului spontan:
 - ↳ tranzitul intestinal se reia în a 3-a zi după operație – în cazul intervențiilor de importanță mijlocie și în a 4-a – a 5-a zi după operație, în cazul intervențiilor abdominale importante, având ca rezultat apariția scaunului spontan
 - ↳ mobilizarea precoce a pacientului
 - ↳ administrare de lichide pe cale orală (dacă pacientul nu varsă)
 - ↳ în caz de fecalom – acesta se fragmentează și se îndepărtează cu blândețe
 - ↳ clisme uleioase
 - ↳ administrare de ulei de ricin sau de parafină
 - ⇔ alimentație corespunzătoare:
 - ↳ în primele 6-8 ore fără alimentație orală
 - ↳ în prima zi se instituie regim alimentar HZ
 - ↳ a 2-a zi: supe de zarzavat strecurate, iaurt, lapte, piureuri de legume
 - ↳ a 3-a zi: carne fiartă sau friptă
 - ↳ se introduc treptat alimentele, în funcție de toleranța digestivă a pacientului
 - ↳ necesar: 21-30 Kcal/Kgc/zi – la adult, 18 Kcal/Kgc/zi – la copil
 - crește cu:
 - 5-8% / grad de febră
 - 20-40% / peritonită
 - 10-21% / fracturi
 - 40-100% / arsuri gradul II, III
- ⇔ asigurarea echilibrului hidro-electrolitic:
 - ⇔ recoltări pentru determinarea: EAB (pH sanguin, pO₂, p CO₂), ionogramei sanguine
 - ⇔ instituirea unei perfuzii i.v. cu: ser fiziologic, sol. Ringer, glucoză 5%, sol. Fischer – la indicația medicului, în funcție de examenele de laborator
 - ⇔ bilanț hidric zilnic – corectarea pierderilor
 - ⇔ aport suficient de lichide

- ↪ monitorizarea temperaturii:
 - ↔ în caz de frisoane – pacientul va fi învelit cu 2 pături
- ↪ monitorizarea tegumentelor și mucoaselor:
 - ↔ toaleta parțială a pacientului:
 - ↪ se insistă asupra igienei cavității bucale, a regiunii perianale și a organelor genitale externe.
 - ↔ prevenirea escarelor
 - ↔ toaleta plăgii operatorii:
 - ↪ control zilnic;
 - ↪ în cazul în care pansamentul e îmbibat cu secreții – toaletă zilnică + schimbarea pansamentului;
 - ↪ dacă secreția e abundentă (supurație masivă, fistule, etc) – schimbarea pansamentului de mai multe ori pe zi;
 - ↪ dacă pansamentul e curat – toaleta plăgii la 2 zile, când are loc și schimbarea pansamentului.
 - ↪ zonă congestionată la nivelul plăgii operatorii + secreție seropurulentă sau purulentă – scoaterea firelor total sau parțial, recoltarea de secreții pentru antibiogramă, toaleta plăgii cu apă oxigenată și cloramină, administrarea antibioticelor – conform antibiogramei la indicația medicului
 - ↔ plăgile drenate din timpul intervenției
 - ↪ se urmărește zilnic eficacitatea și calitatea drenajului, aspectul secrețiilor și cantitatea, permeabilitatea tuburilor de dren;
 - ↪ tubul de dren trebuie fixat
 - ↪ sac de plastic care să colecteze lichidul sau pansamentul schimbat ori de câte ori e nevoie
 - ↪ când are loc reducerea secrețiilor – se scurtează tuburile de dren și se mobilizează;
 - ↪ îndepărtarea lor este efectuată de medicul chirurg
 - ↔ evoluție bună a plăgii = scoaterea firelor
 - ↪ a 5-a zi - intervenții mici (apendicectomie);
 - ↪ a 8-a zi în intervenții mijlocii (colecistectomie);
 - ↪ 10 - 12 zile – la denutriți, vârstnici, neoplazici
- ↪ mobilizarea și poziția
 - ↔ precoce – mișcări care favorizează respirația (ridicarea brațelor, destinderea abdomenului prin coborârea diafragmului)
 - ↔ pasivă și apoi activă, în funcție de starea generală a pacientului
 - ↔ schimbarea poziției în pat din decubit dorsal în decubit ventral (poziția de decubit dorsal favorizează staza venoasă în micul bazin și implică formarea trombilor)
 - ↔ asigurarea unei poziții corecte
- ↪ administrarea tratamentului – la indicația medicului
 - ↔ antibiotice
 - ↔ mucolitice
 - ↔ antiagregante plachetare: dipiridamol, aspirină, heparină, calciparină
 - ↔ antipiretice
- ↪ condițiile de mediu
 - ↔ schimbarea lenjeriei de pat și de corp ori de câte ori este necesar
 - ↔ așezarea pacientului într-un salon bine aerisit, curat – izolat
- ↪ starea psihică
 - ↔ liniștirea pacientului și aparținătorilor – totul a decurs normal și că nu a fost nimic grav, deosebit
 - ↔ evoluția va fi favorabilă, nu vor exista complicații
 - ↔ explicarea faptului că colaborarea pacientului este necesară
 - ↔ asigurarea pacientului că este în permanență supravegheat și va fi ajutat ori de câte ori este necesar
- ↪ recunoașterea complicațiilor postoperatorii:
 - ↔ legate de plagă:
 - hematomul plăgii (factori de risc: tratament cu aspirină, heparină, tuse); necesită evacuare
 - infecțiile postoperatorii ale plăgii
 - dehiscenta plăgii (factori de risc: DZ, obezitate, cancer, imunodeficiență, incizii lungi mediane)
 - ↔ pulmonare:
 - atelectazii pulmonare (! la tahipnee și hipertermie)
 - pneumopatie de aspirație
 - infecții pulmonare postoperatorii
 - ↔ embolie gazoasă

- ⇔ cardiace:
 - aritmiile
 - infarctul miocardic acut
- ⇔ digestive
 - hemoperitoneu
 - ileus postoperator
 - dilatație gastrică
 - fecalom postoperator
 - pancreatită postoperatorie
- ⇔ urinare
 - retenție urinară
 - infecții urinare
- ⇔ delirium tremens (! la consumul anterior de alcool)

! Asistenta medicală:

- supraveghează trezirea din narcoză a pacientului, fiind alături de acesta
- nu dă informații în legătură cu natura afecțiunii, tipul de operație care s-a efectuat sau rezultatul unei eventuale biopsii – această sarcină revine chirurgului care a operat, pacientul fiind scutit astfel de păreri și informații contradictorii

