

Octombrie 2023



RESPECT

RAȚIUNE • ECHITATE • SĂNĂTATE • PASIUNE • EMPATIE • CURAJ • TIMP

PENTRU ȘI DESPRE ASISTENȚII MEDICALI DIN
JUDEȚUL VASLUI



**Asistenții
medicali,
împreună
pentru
comunitate**

Nr. 9/2023, Vaslui, 2023
ISSN 2821 - 8191
ISSN-L 2821 - 8191

Numărul 9

Un gând bun pentru început:

Revista RESPECT și-a propus, încă de la primul număr să ofere asistenților medicali din județul Vaslui un spațiu propice pentru exprimarea ideilor, dar și pentru distribuirea informațiilor, cunoștințelor și noutăților din cele mai diverse domenii de activitate medicală.

Prin această publicație, păstrăm o legătură permanentă între profesioniștii din sistemul sanitar și totodată aducem la cunoștința factorilor decizionali cât de important este rolul asistentului medical în comunitate, și cum acționează acesta pentru a îmbunătăți în mod direct starea de sănătate a populației. Prin activitatea sa, asistentul medical contribuie, în mod direct la evoluția pozitivă a societății din care face parte.

Fiecare asistent medical este pregătit pentru a lua decizii și a îndeplini sarcini care au rolul de a asigura o îngrijire calitativă, de a menține starea de sănătate și de a oferi o mai bună calitate a vieții, pentru fiecare pacient fără a ține cont de: nivelul de educație, venituri sau etnie.

Pentru pacienții săi asistentul medical este persoana care le cunoaște cel mai bine atât afecțiunile medicale cât și pe cele emoționale.

La patul pacientului, asistentul medical cu rol de lider stabilește obiective pentru îngrijirea pacienților, se asigură că îngrijirile oferite folosesc cele mai moderne metode prin gestionarea cu succes a echipei care se ocupă de pacient și monitorizarea și raportarea rezultatelor tratamentului pentru a atinge la final obiectivele stabilite.

Pentru noi ca și organizație profesională, este esențial să contribuim la formarea și motivarea asistentului medical care prin munca și exemplul lui, poate influența nu numai profesia de asistent medical, ci întreg domeniul de îngrijire a sănătății.

Gabriela Epure
Președinte OAMGMAMR Filiala Vaslui



Cuprins:

Îngrijirea pacientului cu ventilație mecanică.....	pagina 4
Asistența medicală digitală, o tehnologie utilizată eficient în domeniul sănătății.....	pagina 8
Bulimia nervoasă	pagina 9
Enurezisul.....	pagina 11
epistaxisul.....	pagina 14
Utilizarea mănușilor, un dușman invizibil?.....	pagina 17
Lavandula Sp.....	pagina 20
Să ne verificăm cunoștințele	pagina 22



ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU VENTILAȚIE MECANICĂ

Ventilația mecanică (VM) este o procedură medicală prin care se susține sau se înlocuiește respirația naturală, fiind realizată cu ajutorul unui ventilator mecanic, ce asistă sau preia controlul asupra respirației unui pacient, atunci când acesta nu poate respira singur. Acest tip de ventilație poate fi invaziv (pacientul este intubat oro-traheal sau cu traheostomie) sau non-invaziv (pacientul respiră spontan, dar insuficient, ventilatorul suplind volumul de oxigen necesar prin masca CPAP).

**SUSȚINE SAU
ÎNLOCUIESTE
RESPIRAȚIA
NATURALĂ** “

Există mai multe motive pentru care un pacient poate avea nevoie de ventilație mecanică, dar cele mai des întâlnite implică, fie un nivel de oxigen scăzut, cauzat de dificultăți de respirație (infecție de tract respirator inferior, leziuni la nivelul sistemului nervos), dar și în cazul pacienților aflați în stare de inconștiență, cauzată de o infecție severă, acumulare de toxine sau de o supradoză de droguri.


Rolul asistentului medical

a) Asistentul medical verifică sistemul pacient-ventilator și se va asigura că:

- Sistemul de ventilație este intact, steril, cu filtre antimicrobiene și de umidifiere montate zilnic, fără secreții, conexiunile cu pacientul sunt eficiente
- Conectează sistemul închis de aspirație și/sau sistemul de nebulizare, conform indicațiilor medicale
- Dacă setările VM corespund indicațiilor medicului
- Dacă alarmele sunt activate și în limitele dorite, ceea ce contribuie la siguranța pacientului
- Înțelege modul de ventilație și modelul cerut pentru pacientul în cauză
- Știe să interpreteze semnificațiile alarmelor și ale tuturor simbolurilor de pe aparatul de VM
- Asistentul medical va răspunde prompt la fiecare alarmă, dar nu prin dezactivarea ei și/sau blocarea alarmelor, manevră considerată malpraxă cu intenție. Chiar dacă totul funcționează aparent bine, va verifica aparatul de VM la fiecare 4 ore și va consemna acest lucru în tentative de auto-detubare.

b) Îngrijirea pacientului:

- Monitorizează permanent pacientul (conectat la monitorul de funcții vitale)
- Se verifica sonda de IOT: dimensiuni, profunzimea inserției, etanșitatea balonașului. Un balonaș etanș nu trebuie să fie însoțit de zgomote de scăpare a aerului. Presiunea din balonaș nu trebuie să depășească 15 cmH₂O, presiuni mai mari riscând să decubiteze mucoasa traheală. Se măsoară presiunea în balonaș cu manometru, din 4 în 4 ore. Pentru pacienții ventilați non-invaziv se folosește masca CPAP pe dimensiunea feței și se fixează etanș pe față pentru o ventilație eficientă.
- Examinează mișcările toracelui: simetrie, expansiune în inspir (ridicarea toracelui), revenire pasivă în expir, în armonie sau asincron cu aparatul de VM.
- Stabilește contribuția musculaturii accesorii la efortul ventilator- mușchii scternocleidomastoidieni contractați, mișcările brațelor, deschiderea aripioarelor nazale.
- Se palpează gâtul și toracele anterior pentru depistarea emfizemului subcutanat (crepitații de zăpadă).
- Evaluează cantitatea și calitatea secrețiilor și va aspira bronșiile cel puțin la 2 ore. De principiu se aspiră CRS de câte ori acest lucru se impune, pentru a evita encomprombarea traheo-bronșică. Studiază modul de interacțiune al pacientului cu aparatul de VM, raportează orice inconvenient sau rezultat nedorit al VM: lupta cu ventilatorul, valori ale SPO₂ sub cele dorite.

- 
- Recoltează probe biologice indicate de medic și aduce la cunoștință rezultatele examinărilor EAB (Astrup). Gazele sangvine se repetă la o oră de la debutul VNI și la o oră după fiecare modificare a parametrilor, ulterior la 4 ore sau mai repede la cei care nu prezintă ameliorare clinică.
 - Administrează medicația conform prescripțiilor din FOCG și supraveghează alimentația enterală (pe sonda nazogastrică).
 - Informează medicul de orice modificare hemodinamică survenită după instalarea pacientului pe VM (TA, PVC, ECG), instalarea emfizemului subcutanat, valori crescute presionale, starea drenajelor pleurale. Va comunica cu pacientul dacă acest lucru este posibil (pentru pacienții ventilați mecanic non-invaziv), informându-l despre modul în care trebuie să colaboreze, încurajându-l, oferindu-i instrumente de scris, sugerându-i un cod de comunicare nonverbală.
 - Se practică toaleta cavității bucale, din 4 în 4 ore, folosind kiturile pentru igienă orală cu clorhexidină. Dacă există secreții vâscoase, aderente de limbă sau vâlul palatin, se fac badijonări cu glicerină boraxată pentru emolieria acestora în vederea eliminării, evitând provocarea de leziuni la acest nivel. Se schimbă sistemul de fixare al sondei IOT și al sondei nazogastrice.
 - Se face toaleta ochilor (comprese sterile cu ser fiziologic pentru fiecare ochi în parte), a urechilor, feței, și participă la toaleta pe regiuni, alături de infirmieră.

- Stabilește gradul de confort al pacientului și de toleranță a VM, dependența sa psihică sau fizică de VM. Pentru o toleranță ridicată de ventilator, pacientul va fi sedat ușor, conform indicațiilor medicului sau se instituie restricționarea fizică (contenția parțială sau totală) cu evaluarea circulației extremităților restricționate, a motilității, pentru prevenirea leziunilor ischemice.
- Va asigura confortul pacientului: poziționare (cu schimbarea poziției corpului la 2 ore pentru prevenirea apariției escarelor de decubit și folosirea dispozitivelor antiescară), căldură prin monitorizarea temperaturii din salon, controlul zgomotului prin setarea la minim a alarmelor aparatului, ajustarea luminii.
- Aranjează tubulatura și drenajele, astfel încât să funcționeze optim cu disconfort minim pentru pacienți.
- Va asigura suport emoțional și educațional pacienților ventilați și familiilor implicate.



Majoritatea pacienților conectați la un ventilator mecanic se află sub îngrijire medicală în Secția de Terapie Intensivă.

Ventilația mecanică poate salva vieți, dar utilizarea sa presupune și anumite riscuri. În primul rând, ventilația mecanică nu poate trata afecțiunea inițială a pacientului, care s-a soldat cu imposibilitatea respirației normale. Aceasta are doar rol de suport, până în momentul în care pacientul începe să se recupereze și poate respira de unul singur.

De asemenea, este bine de știut că ventilația mecanică se recomandă până la recuperarea funcției respiratorii de sine stătătoare a pacientului.

Așadar, un pacient se poate afla sub ventilație mecanică de la câteva ore până la câteva zile sau mai mult, în funcție de afecțiune și de severitatea acesteia. În cazurile cele mai grave, pacientul nu va putea reveni niciodată la funcțiile normale de respirație.

Complicațiile ventilației mecanice

1. Toxicitatea oxigenului probabil nu este semnificativă la FiO_2 sub 0,5, dar poate să apară în caz de ventilații mecanice prelungite cu FiO_2 crescut, peste 80%, când pot să apară leziuni la nivelul parenchimului pulmonar, colabare alveolară datorită leziunii surfactantului, de principiu se evită FiO_2 peste 0,6.

2. Barotrauma poate să apară atunci când presiunile în căile respiratorii sunt ridicate sau în caz de PEEP excesiv, la pacienții cu infecții pulmonare, detresă respiratorie. Poate să apară în special la pacienții ventilați cu volum presetat, când sonda de intubație alunecă “neobservat” într-o bronhie principală, moment în care presiunile din căile respiratorii vor crește abrupt. Apar leziuni la nivelul alveolelor, cu ruptura acestora și apariția de aer interstițial (emfizem pulmonar interstițial), în cavitatea pleurală (pneumotorace), mediastin (pneumomediastin) sau chiar subcutan (emfizem subcutan) în cazurile mai severe.

3. Atelectaziile pot să apară de obicei datorită unor îngrijiri precare ale pacienților intubați și ventilați, datorită acumulării de secreții, care vor obstrua bronșiile. Este necesară umidificarea aerului cu care ventilăm pacienții, respectiv o igienă traheobronșică riguroasă. Intubația, traheostomia și în general orice cale aeriană artificială lipsită de funcția nazală, împiedică funcția normală de clearance al căilor respiratorii, fiind necesară aspirația secrețiilor bronșice în mod regulat sau ori de câte ori se observă (prin sonda de intubație) sau se aud raluri bronșice, umede, având semnificația acumulării de secreții. Dacă nu se aspiră la timp, aceste secreții se deshidratează, formând adevărate dopuri, existând riscul de obstrucție a căilor respiratorii, a sondei de intubație.

4. Pneumonia de ventilator (VAP) este o complicație frecventă ce apare la pacienții ventilați mecanic și poate fi caracterizată prin febră peste 38 grade Celsius, leucocitoză (peste 10000/ml) sau leucopenie (sub 4000/ml), secreții traheale purulente, cu apariția unor infiltrate pulmonare persistente. Poate să apară precoce sau tardive și este cauzată de bacterii plurirezistente (Stafilococ aureus MRSA, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter, etc.). Poate fi prevenită prin respectarea regulilor de asepsie și antisepsie, folosirea metodelor neinvazive de ventilație, extubare precoce

5. Edemul cerebral - ventilația mecanică produce flux respirator prin generarea de presiune pozitivă intermitentă la nivelul căilor respiratorii. Această presiune pozitivă intratoracică poate să scadă întoarcerea venoasă, cu scăderea consecutivă a presarcinii, și în consecință a debitului cardiac (pe monitor scăderea tensiunii arteriale). Scăderea întoarcerii venoase dinspre vena cava superioară poate să ducă la creșterea presiunii intracraniene și să favorizeze apariția sau agravarea unui edem cerebral. Acest efect poate fi observat mai ales în modurile de ventilație cu presiune pozitivă continuă de-a lungul ciclului respirator.

Pacientul cu grad ridicat de insuficiență respiratorie care necesită VM este unul critic, cu nevoi multiple și grad de dependență totală. Personalul medical care îngrijește astfel de pacienți trebuie să aibă un grad de pregătire profesional ridicat și să dea dovadă de compasiune profesională.

Autor: Coman Cosmin

Asistent medical licențiat ATI

Spitalul Municipal de Urgență Elena Beldiman Bârlad

ASISTENȚA MEDICALĂ DIGITALĂ, O TEHNOLOGIE UTILIZATĂ EFICIENT ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Odată cu dezvoltarea soft-urilor de asistență medicală digitală pacienții folosesc din ce în ce mai mult internetul pentru a se documenta cu privire la anumite simptome medicale și pentru a căuta doctori specialiști, în vederea obținerii celui mai potrivit tratament.

Multe inovații din industria sănătății vizează îmbunătățirea relației cu pacienții și sporirea calității vieții acestora și a practicii medicale în ansamblu. Printre acestea se numără și asistența medicală digitală.

Tehnologia de vârf este încorporată din ce în ce mai mult în domeniul asistenței medicale, iar aceste progrese revoluționează practica în domeniul sănătății. Evoluțiile tehnologice în domeniul medical au un impact evident asupra pacienților, deoarece le oferă o experiență îmbunătățită. Standardele de îngrijire medicală au fost mult crescute de tehnologia avansată, digitalizarea oferind oportunități rapide și sigure de tratament, aflate la un doar un click distanță.

Astăzi nu mai trebuie să mergi la medic pentru a obține o rețetă sau pentru a face o programare pentru o consultație de specialitate. Multe dintre nevoile medicale pot fi efectuate de la distanță, cu ajutorul telefonului sau al computerului.

Calitatea serviciilor medicale a crescut și datorită telemedicinii, a cărei dezvoltare s-a accelerat considerabil în perioada pandemiei de COVID-19. Poți să te programezi la medic de oriunde, fără a pleca de acasă, iar acest lucru este foarte important, mai ales pentru persoanele în vârstă, care se deplasează greu sau pentru cele care au agenda zilnică foarte încărcată.

Clinicile moderne utilizează tehnologii diverse, inclusiv serviciile de telesănătate și chatbot-uri, pentru a îmbunătăți comunicarea dintre medici și pacienți. De asemenea, soluțiile moderne de sănătate digitală extind strategiile de prevenire ale bolilor și transformă asistența medicală într-un ajutor bazat pe eficiență și rapiditate.

Prin urmare, tehnologia a schimbat spectaculos modul în care furnizorii de servicii medicale oferă îngrijire pacienților, iar profesioniștii din domeniul sănătății pot face o diferență reală în viața oamenilor prin dispozitivele de diagnostic de ultimă generație.

Autor: Vasiliu Mariana
Asistent medical principal,



Bulimia nervoasă

Bulimia este un sindrom obsesional impulsiv, centrat asupra nevoii imperioase de a îngurgita cantități impresionante de mâncare, într-un timp extrem de scurt, la un prânz, urmate de stări de vinovăție și depresie. Întotdeauna urmează încercări de a elimina mâncarea excesivă prin diferite strategii.

Bulimia este un sindrom obsesional impulsiv, centrat asupra nevoii imperioase de a îngurgita cantități impresionante de mâncare, într-un timp extrem de scurt, la un prânz, urmate de stări de vinovăție și depresie. Întotdeauna urmează încercări de a elimina mâncarea excesivă prin diferite strategii.

Mai există un grup de traume relative legate de stima de sine, imaginea de sine, imaginea de sine corporală este foarte fragilă, subiecții sunt dependenți de opinia celorlalți, se examinează frecvent în oglindă, își propun cure de slăbire și diferite forme de perfecționare a personalității. Bulimicii își fixează și ei norme de conduită care vizează perfecțiunea. Chiar dacă reușesc pe plan profesional, ei rămân foarte critici în ce privește persoana lor.

În anumite cazuri, sindromul bulimic este legat de presiunea stresului, de situații frustrante generatoare de mânie ce se liniștesc prin mâncare, devenind un soi de medicament sedativ și antidepressiv. Adesea, ei confundă emoțiile negative cu senzația de foame, mâncarea devine o sursă de reconfort.

Simptomatologia debutează frecvent la adolescenți și adulții tineri, îndeosebi la sexul feminin. În general, numărul de bulimici este mic. Excesele alimentare sunt planificate din punct de vedere caloric, se preferă gustul dulce și consistența ce facilitează mâncatul rapid.

Persoanele respective nu atrag atenția anturajului, ele mâncând în secret, înghițituri mici, mâncarea este devorată rapid, continuă excesul. Accesul de bulimie se termină prin: disconfort abdominal, grețuri, somn, scaun, vărsături provocate.

Contrar anorexicilor, bulimicii sunt nemulțumiți de comportamentul lor. Ei suferă de o stare egodistică. Comportamentul lor nu corespunde nici cu ideile, plăcerile și nici cu valoarea lor. Ca victime, ei simt că au pierdut controlul, sunt la discreția impulsurilor care îi împing să mănânce cu frenezie. Atunci, ca mijloc de apărare, recurg la provocarea de vărsături sau diaree prin purgative.

Pot ajunge să nu mai mănânce deloc, dar ciclul se repetă și mâncatul frenetic reîncepe după câteva zile de post negru. Clienții sunt dezgustați de persoana lor întrucât își propun să urmeze un regim foarte strict, nerealist și eșuează. Pierderea controlului sporește foarte mult anxietatea și poate provoca depresie de intensitate clinică.

bulimic



Foarte mulți pacienți se încadrează în limitele unei greutăți normale. Datorită vărsăturilor provocate frecvent, pot apărea tulburări hidroelectrolitice, hipocalcemie și spasmodic, cu crampe musculare extrem de neplăcute, care duc la internarea frecventă în servicii de medicină internă.

Pentru a fi diagnosticată bulimia trebuie să existe minimum două episoade de mâncat excesiv pe săptămână, întinse pe o perioadă de cel puțin trei luni. Afecțiunea cunoaște ca elemente esențiale:

- episoade recurente de mâncat excesiv, orgiac;
- sentiment de lipsă de control asupra comportamentului alimentar;
- vărsături provocate;
- uz de laxative și diuretice;
- prevenirea luării în greutate prin dietă strictă și post;
- preocuparea permanentă pentru estetica propriului corp, imaginea fizică.

Evoluția este spre cronicizare. Bulimia poate apărea periodic, în episoade intermitente și poate alterna cu anorexia. Diagnosticul diferențial se va face cu tulburările de alimentație din schizofrenia cronicizată sau tratată cu neuroleptice, excesul alimentar element al tulburării de personalitate de tip borderline, stări demențiale, creșterea apetitului în stări post-encefalitice sau boli endocrine, diabet.

Tratamentul este complex, se vor lua în considerație toți factorii ce concură la apariția tulburării. Se utilizează antidepressive de ultimă generație, sedative ușoare, psihoterapie individuală, consilierea familiei.



Autor: Toma Ana-Maria
Asistent Medical Licențiat Principal

ENUREZISUL

Incontinența urinară se referă la pierderea controlului vezicii urinare. La copiii cu vârsta mică, sub 3 ani, este normal să nu existe un control deplin al vezicii. Pe măsură ce copiii cresc, ei devin din ce în ce mai capabili să își controleze sfincterul vezical. Atunci când apare pierdere urinară la un copil care este suficient de mare pentru a avea control sfincterian, vorbim de incontinență urinară sau enurezis.



Incontinența urinară la copii poate fi clasificată în funcție de momentul în care apare:

- Enurezis nocturn – incontinența urinară care apare pe timpul nopții, fiind și cea mai frecventă formă de enurezis.
- Enurezis diurn – incontinența urinară care apare în timpul zilei.

Enurezisul nocturn la copil este definit ca episoade de incontinență urinară în timpul somnului la copilul mai mare de 4-5 ani. Dacă până la această vârstă copilul nu a avut niciodată perioade lungi, de cel puțin 6 luni, de control sfincterian, se consideră că este tipul de enurezis primar.

Enurezisul secundar este caracterizat prin episoade de incontinență urinară la un copil care avea control sfincterian de cel puțin 6 luni. Conform statisticilor, enurezisul primar are o frecvență de aproximativ 15%-20% la vârsta de 5 ani și 10 % la vârsta de 6 ani. Este o afecțiune cu un procent mare de rezoluție spontană.

Cauzele enurezisului nocturn primar:

- maturarea controlului sfincterian se face mai lent
- capacitatea vezicii urinare este mai mică, vezica este iritabilă și se contractă prea frecvent
- copilul are niveluri reduse ale hormonului vasopresină, care reduce producția de urină
- probleme emoționale



Cauzele enurezisului nocturn secundar:

- malformațiile uretero-vezicale cu tulburarea funcției renale
- condiții care cresc iritabilitatea vezicii: infecțiile urinare, paraziții intestinali, presiunea exercitată asupra vezicii urinare de rect sau colonul sigmoid în cazul constipației.
- condiții medicale care cresc volumul sangvin: diabetul, anemia cu celule în seceră, insuficiența renală.
- convulsiile

Factori de risc pentru enurezisul nocturn. Băieții au o probabilitate de doua ori mai mare de a avea enurezis nocturn în comparație cu fetițele. Unii factori au fost asociați cu un risc mai mare de apariție a enurezisului nocturn, printre care amintim:

- Stresul și anxietatea. Evenimentele stresante – nașterea unui frățior sau surioară, schimbarea școlii sau dormitul în alt pat decât cel de acasă – pot favoriza apariția enurezisului nocturn.
- Istoricul familial. Dacă unul dintre părinți a avut în copilărie enurezis nocturn, acest risc poate exista și la copil.

Deși frustrant, enurezisul nocturn fără o cauză fizică nu implică riscuri pentru sănătate. Totuși, poate crea unele probleme pentru copil, cum ar fi stima de sine scăzută, evitarea activităților comune, iritații în zona intimă.

Impactul afecțiunii asupra percepției copilului și părinților poate fi diferit în funcție de istoricul familial. De aceea, este necesară abordarea câtorva elemente de istorie a bolii cum ar fi frecvența episoadelor de incontinență urinară, istoric familial de enurezis, probleme emoționale și familiale, familie monoparentală, conflicte interparentale.



Pentru acuratețea unui diagnostic cert și pentru a exclude posibilitatea unor afecțiuni, se recomandă anumite teste de laborator sau de urină, investigații imagistice, care vor de indicii legate de o posibilă infecție urinară sau un diabet în fază incipientă.

Rolul asistentului medical. O parte decisivă a tratamentului este constituită de educația familiei în ceea ce privește cauza și evoluția clinică a incontinenței. De aceea, asistentul medical are un rol important în ceea ce privește educația, prin scăderea impactului psihologic negativ al accidentelor urinare, educarea părinților privind importanța tratamentului, precum și dinamica și obiceiurile alimentare pe parcursul unei zile.

Educația va cuprinde următoarele informații;

- Incontinența urinară nu este vina copilului sau a familiei
- Copilul nu trebuie pedepsit
- Se recomandă ingerarea mai mare de lichide în prima parte a zilei, astfel încât până la ora 12 să se consume aproximativ 40% din necesarul de lichide din ziua respectivă, între orele 12-17 alți 40%, pentru ca după ora 17 cantitatea rămasă să fie de maxim 20% din lichide.
- Cina nu va conține alimente sărate, condimentate, exces de dulciuri sau excitanți precum ciocolată sau băuturi energizante, cofeinizate.
- Copilul va fi încurajat să urineze regulat în cursul zilei și obligatoriu înainte de somnul de noapte.
- Inițierea unui program motivațional.
- Exerciții de retenție, prin consolidarea sfincterului și oferirea de încredere copilului
- Importanța administrării tratamentului, în condițiile în care există o cauză organică
- Se recomandă terapie psihologică dacă enurezisul este cauzat de stres sau de anxietate.

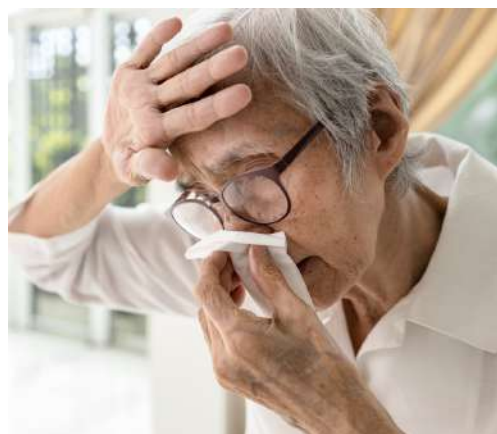
Astfel, putem spune că evoluția enurezisului se bazează foarte mult pe aderența părinților și a copiilor la tratament, precum și a schimbărilor de comportament ale acestora. Copilul va putea trece peste această problemă doar cu sprijinul familiei, prin întărirea comportamentelor pozitive și a terapiei motivaționale.



Autor: Elena Tilici,
Asistent medical licențiat principal, SJU Vaslui

EPISTAXISUL

Epistaxisul este sângerarea foselor nazale și este frecvent întâlnit în patologia ORL. Sursa sângerării nazale este în 80% din cazuri pata vasculară situată anterior, iar epistaxisul posterior mai rar întâlnit și mai dificil de identificat, se caracterizează de obicei printr-o sângerare abundentă și mai greu de oprit. Sângerarea poate fi unilaterală (dintr-o singură fosă nazală) sau bilaterală, iar sângerările pot fi în cantitate mică, care de obicei se opresc spontan prin compresiunea fosei nazale, în cantitate medie, care necesită tamponament nazal pentru oprirea sângerării și epistaxisul masiv, care poate pune viața pacientului în pericol, dacă nu se intervine urgent.



Cauzele sângerării nazale pot fi locale sau generale. Dintre cauzele sângerării nazale locale amintim:

- fragilitate a mucoasei nazale la nivelul pateri vasculare, declanșat prin strănut, grataj (în special la copii), suflatul nasului;
- traumatice prin cădere, agresiune, accidente rutiere, cauterizări frecvente, intubație prelungită cu sondă transnazală;
- corpi străini intranasali - mai des întâlniți la copii;
- tumori maligne și benigne nazo-sinusale, rino-faringiene.

Cauzele sângerării nazale generale sau simptomatice sunt:

- boli infecțioase (virale, boli infecto-contagioase);
- HTA;
- de cauză hormonală, în timpul sarcinii;
- de cauză metabolică - insuficiență renală, hepatică;
- afectarea coagulării - congenitală sau dobândită (medicamente ce interferează coagularea, stare septică).



Exista posibilitatea sângerării de la alt nivel, dar se exteriorizează prin fosele nazale, cum ar fi: din plămâni, trahee (hemoptizia), sau de la nivelul esofagului (HDS).

Conduita de urgență: Mai întâi, prin examenul ORL, se identifică sediul sângerării, se măsoară parametrii, iar în cazul unei HTA se administrează medicație pentru scăderea TA, se recoltează HLG, coagulogramă, biochimie pentru a identifica eventualele modificări la analizele de sânge și se efectuează manevrele de oprire a sângerării.

Dacă sângerarea este în cantitate mică se încearcă oprirea sângerării prin compresiune digitală, timp de 10-15 minute, pacientul fiind așezat pe scaun, sau la marginea patului, cu capul plecat înainte. O altă modalitate este cauterizarea prin aplicarea unei substanțe chimice (nitrát de argint), sau electrocauterizare. Se mai poate introduce un burete hemostatic, care trebuie îndepărtat după un anumit interval și are efect de hemostază.

Dacă sângerarea este în cantitate medie sau abundentă, după curățarea foselor nazale de cheaguri de sânge prin suflarea nasului într-o tăviță renală, se introduc în fosa nazală care sângerează comprese sterile sau meșe nazale sterile, merocele sau sondă cu dublu balonaș. Pentru că aceasta manevră este dureroasă, înainte de a se introduce aceste materiale în fosele nazale, se anesteziază zona, iar materialul moale steril se emoliază. Sonda cu dublu balonaș este folosită când celelalte manevre nu sunt eficiente, dar în special în cazul epistaxisului posterior. Sonda cu dublu balonaș este umplută cu ser fiziologic până când sângerarea se oprește. Cu ajutorul unei spatule și a unei surse de lumină în orofaringe, se verifică dacă aceste manevre sunt eficiente și sângerarea s-a oprit. Aceste tamponamente se mențin 48-72 ore.

Se administrează la indicația medicului tratament hemostatic, antalgice, antibiotice de protecție la pacienții tamponați anterior sau posterior, tratament simptomatic de scădere a TA, tratament de protecție hepatică, pentru agitație psiho-motorie, dacă este cazul. Dacă pacientul a urmat tratament anticoagulant neglijat, acesta se întrerupe pentru câteva zile, după care se reia în funcție de valorile coagulogramei. În cazul unui epistaxis abundent, recidivant la care pacientul prezintă anemie severă, la prescripția medicului se administrează transfuzii până când nivelul hemoglobinei crește la valoarea dorită de medic.

Rolul asistentei medicale în îngrijirea unui pacient cu epistaxis:

- să liniștească pacientul și să îi explice pe înțelesul lui manevrele de oprire a sângerării pentru a avea o bună colaborare la efectuarea tamponamentului, dar și pentru menținerea acestuia, chiar dacă este neplăcut și dureros;
- să servească medicul pe parcursul aplicării tamponamentului cu materialele necesare;
- va aplica comprese reci pe fruntea bolnavului;
- va măsura parametrii (TA, puls, temperatura, respirație, saturația O₂) și va nota în FO; va anunța medicul de orice modificare apărută;
- dacă pacientul a înghițit sânge în timpul epistaxisului, acesta irită stomacul și va provoca vărsătură; pacientul trebuie să aibă la îndemână tăviță renală și să fie urmărit îndeaproape; în caz de vărsătură se va nota cantitatea, aspectul și se va anunța medicul;
- se vor urmări valorile analizelor de sânge și se va anunța medicul de orice modificare;
- se va administra tratamentul recomandat de medic, inclusiv perfuzii, transfuzii, unde este cazul;
- pacientul trebuie urmărit, iar dacă sângerarea recidivează sau pornește și pe cealaltă fosă nazală, se anunță medicul pentru schimbarea tamponamentului sau pentru tamponament bilateral;
- la externare, pacientul trebuie educat cum să evite apariția unei recidive printr-o alimentație echilibrată, evitarea consumului de alcool și tutun, administrarea tratamentului bolilor asociate (HTA, ciroză), controlul regulat al TA și al analizelor de sânge prin MF pentru evitarea consumului necontrolat de anticoagulante (unde este cazul), evitarea efortului fizic exagerat, expunerea la temperaturi crescute, evitarea traumatismelor și a situațiilor conflictuale, stresante.



Deși epistaxisul poate fi considerat banal atunci când sângerarea este în cantitate mică, acesta poate pune viața pacientului în pericol, devenind o urgență majoră, în momentul în care rinoragia este masivă și nu se iau măsurile urgente de oprire a acesteia, cu administrarea tratamentului adecvat.

Autor: Gianina Tudusciuc

Asistent medical licențiat principal, SJU Vaslui

UTILIZAREA MĂNUȘILOR, UN DUȘMAN INVIZIBIL?

INTRODUCERE

Utilizarea mănușilor nesterile a devenit o rutină în furnizarea de îngrijiri medicale, adesea pentru proceduri pentru care nu sunt necesare. Ghidul OMS pentru igiena mâinilor: 2009 precizează că există situații clinice specifice când mănușile trebuie purtate și schimbate, și situații în care utilizarea lor nu este necesară. PIRAMIDA MĂNUȘILOR evidențiază unele exemple clinice în care utilizarea mănușilor este indicată sau nu.

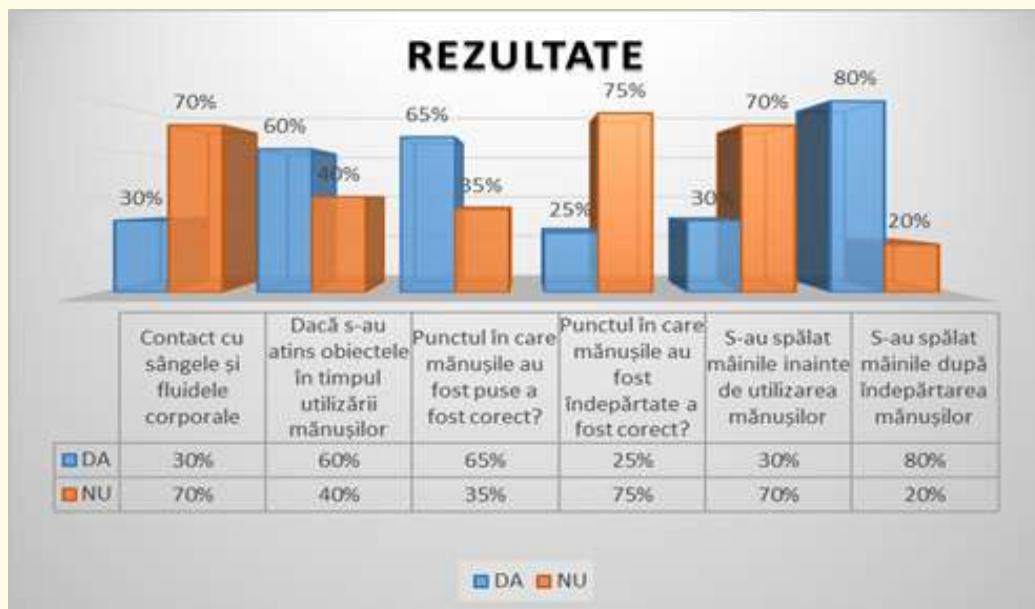
MATERIAL/METODE

Această lucrare surprinde printr-un audit bazat pe observare directă, modul de utilizare a mănușilor nesterile și potențialul de contaminare încrucișată. Au fost observate 38 de episoade de îngrijire, toate acestea implicând utilizarea mănușilor. Acestea au fost efectuate de: medici (3 episoade), asistente medicale (18 episoade), infirmieri (14 episoade), elevi stagiați (3 episoade).

Observarea directă a avut ca obiective:

- Dacă mănușile s-au folosit doar în tehnici care anticipau contactul cu sângele sau alte fluide biologice (da/nu)
- Dacă mănușile s-au folosit pentru protecția personalului (da/nu)
- Dacă obiectele au fost atinse în timpul utilizării mănușilor (da/nu)
- Punctul în care mănușile au fost îmbrăcate
- Punctul în care mănușile au fost îndepărtate
- Când s-au spălat mâinile

Personalul a presupus că observația este legată de igiena mâinilor mai degrabă decât de utilizarea mănușilor și, prin urmare, este mai puțin probabil să își fi schimbat comportamentul de utilizare a mănușilor în timpul observației.



DISCUȚII

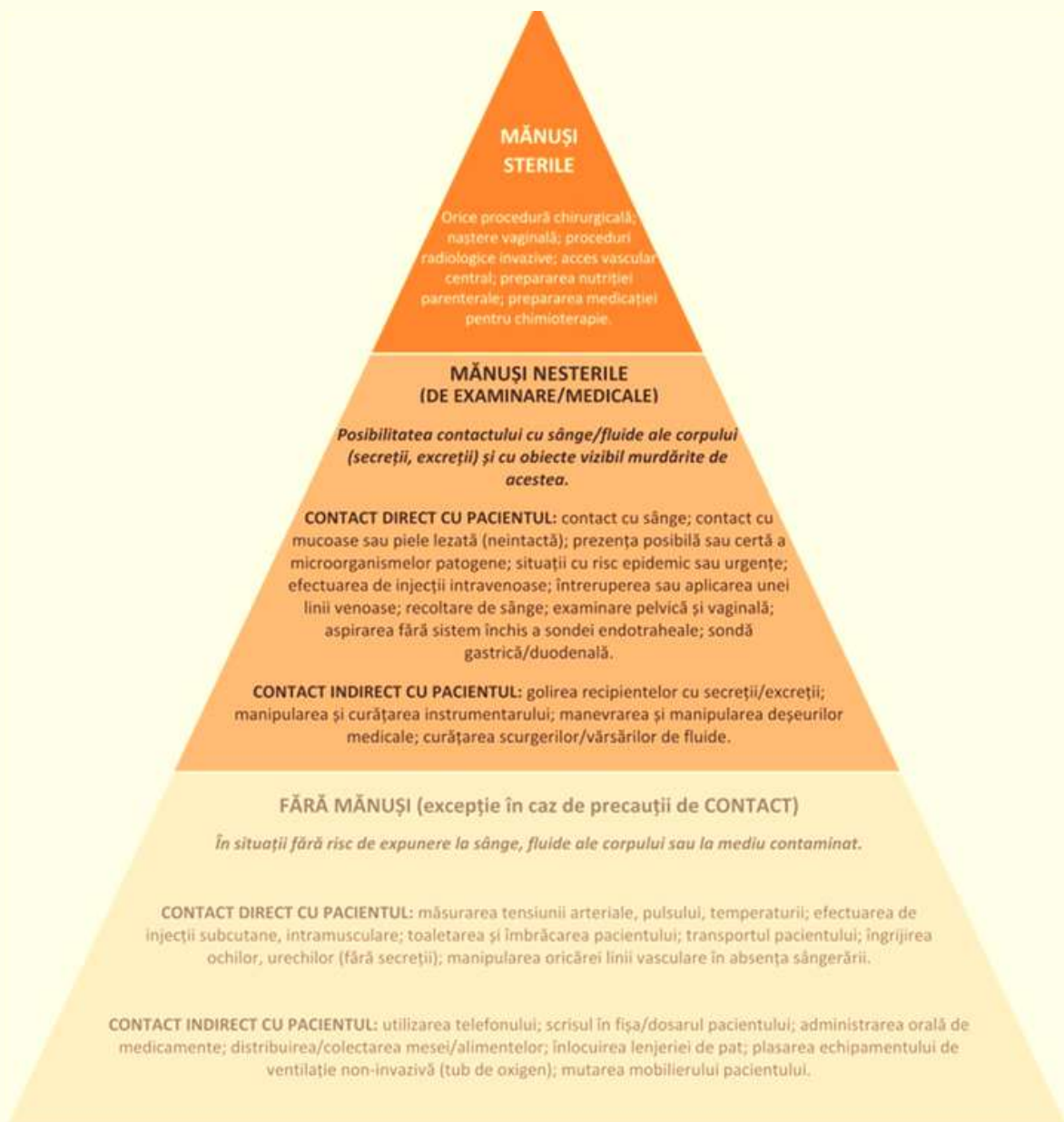
Observațiile sugerează că utilizarea mănușilor a fost extinsă acum la o gamă largă de activități care nu implică expunerea la fluide corporale și utilizarea lor compromise principiile celor 5 Momente ale igienei mâinilor, deoarece acestea sunt adesea purtate în afara zonei pacientului și, în absența expunerii la fluidele corporale. Punerea mănușilor în altă parte decât patul pacientului a împiedicat igiena mâinilor înainte de contactul cu pacientul. Prin urmare, personalul medical poate crește riscul de transmitere între mediu și pacient și între pacienți, prin lipsa aplicării și îndepărtării lor în timp util.



CONCLUZII

- Mănușile ar trebui purtate pentru a preveni contaminarea împotriva sângelui și a fluidelor corporale
- Schimbarea mănușilor între procedurile efectuate pe același pacient și între pacienți este esențială pentru a minimiza riscul de transmitere a infecției
- Mănușile nu sunt un înlocuitor pentru igiena mâinilor
- Folosirea greșită a mănușilor poate duce la omiterea oportunităților pentru igiena mâinilor
- Mănușile par să împiedice angajații să efectueze igiena adecvată a mâinilor
- Mănușile par a fi o problemă majoră pentru siguranța pacientului, deoarece sunt folosite prea des
- Utilizarea mănușilor nesterile în practica clinică de zi cu zi ar trebui să fie analizată critic, chestionată, testată și dezvoltată pentru personalul medical prin instrucțiuni precise
- Este imperativ ca personalul să fie bine instruit cu privire la când trebuie schimbate mănușile

PIRAMIDA MĂNUȘILOR OMS



REFERINȚE

Ghidul OMS pentru igiena mâinilor: 2009

Autor: As. Med Licențiat Sârbu Cristina Manuela

Director de îngrijiri, Spitalul Municipal de Urgență "Elena Beldiman" Bârlad



Lavandula Sp. (lavandă)



Speciile de Lavandula sunt subarbuști care cresc în tufe dese, în terapeutică și aromaterapie folosindu-se mai ales: Lavandula angustifolia P. Mill numită popular lavandă sau levănțică.

Din punct de vedere botanic *L. angustifolia* P. Mill. este un arbust înalt de 50-60 cm ce crește în tufe dese, de formă globuloasă. Înflorește din iulie până în august.

Spontan, levănțica se găsește în flora bazinului mediteranean, unde crește pe soluri calcaroase, sărace în substanțe nutritive.

Ca produse utilizate farmaceutic sau în aromaterapie, avem florile, precum și uleiurile volatile (*Lavandulae aetheroleum*) separate prin distilarea cu apă a materialului vegetal proaspăt, care se prezintă sub forma unor lichide limpezi, incolore sau slab-gălbui, cu miros plăcut, caracteristic speciei și gust amar, aromat.

Principiul activ al florilor de lavandă este uleiul volatil, al cărui conținut diferă în funcție de specie, varietate, soi moment de recoltare sau formă de condiționare. Florile proaspete conțin până la 0,8% ulei volatil, iar cele uscate până la 1,5%.



Florile de levănțică prezintă proprietăți ușor sedative, spasmolitice, colagoge și carminative (flavonoide + acizi fenolici + ulei volatil).

Acțiunea sedativă determinată de uleiul volatil este mediată pe calea receptorilor olfactivi, dar posibil și direct, la nivelul SNC. Studii efectuate pe animale de experiență au demonstrat proprietăți anxiolitice pentru uleiul de lavandă, acesta crescând și durata somnului indus de pentobarbital.



Totodată, studii in vivo și in vitro au evidențiat o activitate anestezică locală, în funcție de doză, a uleiului de levănțică, precum și pentru unii dintre constituenții săi majori, linalilacetatul și linaloolul. Asemenea uleiului de melisă, și cel de lavandă reglează starea de excitabilitate a unor receptori interni, crescând pragul de excitabilitate a cordului.

Pentru uleiul volatil de lavandă s-a constatat și o activitate de promovare a normalizării nivelului plasmatic al lipidelor totale. În studii pe animale, alcoolul perilic, o monoterpenă din compoziția uleiului volatil de lavandă, s-a dovedit a avea un efect de regresie al tumorilor pancreatice, de sân și de ficat.

Extracțele alcoolice din produsul vegetal prezintă acțiune antioxidantă, iar studii experimentale au evidențiat o activitate de inhibare a lipid-peroxidării a acestora. Se pare că acidul rozmarinic și, în general, compușii polifenolici determină acest efect.

Mod de utilizare:

Sub formă de inhalație, uleiul volatil de lavandă în amestec cu cel de mentă, salvie, artemisie și de monardă, optimizează și crește efectul antiinflamator al tratamentului obișnuit aplicat în bronșita cronică.



Dacă uleiul de *Lavandula angustifolia* se recomandă în aromaterapie pentru acțiunea antibacteriană, antimicotică, antivirală, febrifugă, imunostimulatoare, cicatrizantă, antiinflamatoare, analgezică, hipnoinductoare, repelantă față de insecte, sedativă, echilibrată, anxiolitică și antidepresivă, stimulantă și revigorantă în stări de oboseală cronică uleiul de *Lavandula latifolia* acționează antibacterian, antiviral, antimicotic, mucolitic, expectorant, spasmolitic, antalgic, analeptic cardiac, stimulent al metabolismului în general și în particular al celui dermic, stimulent psihic, echilibrant, favorizând totodată concentrarea. Uleiul volatil de lavandină este antibacterian, antiviral, antiinflamator, regenerador celular, cicatrizant, imunostimulator, vitalizant, miorelaxant și reglator al circulației, în timp ce uleiul din *Lavandulae stoechas* este antibacterian, antiinflamator, mucolitic, regenerador celular, stimulant cerebral.

Pentru obținerea unei infuzii, produsul vegetal se prelucrează astfel: peste 1,5 g de produs mărunțit se aduc 150 mL apă fiartă, se lasă 10-15 minute în repaus în vas acoperit, apoi se filtrează și se bea o ceașcă de infuzie proaspăt preparată de mai multe ori pe zi și seara înainte de culcare.

Pentru obținerea băilor aromatice sedative, se recomandă 20-100 g de flori de lavandă la 20L apă.

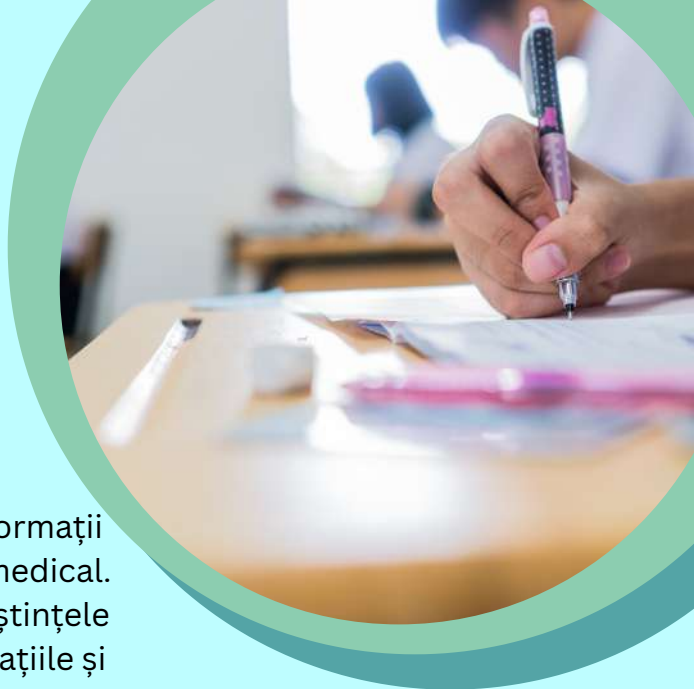
În ceea ce privește tinctura de lavandă, aceasta se administrează circa 1-2 mL de 2-3 ori pe zi, iar uleiul : 1-4 picături (40-80 mg) pe un cub de zahăr. Intră în compoziția unor concentrate pentru băi medicinale (antibronșice, antigripale), precum și într-o serie de balsamuri, unguente, plasturi sau frecții pentru aplicare externă, indicate în tratamentul local al gripei, răcelilor și bronșitelor.



Resursă bibliografică: Plante medicinale de la A la Z, Autori: ursula Stănescu, Monica Hăncianu. Oana Cioancă, Ana Clara Aprotosoae, Anca Miron

Să ne verificăm cunoștințele

Testele au la bază noțiuni și informații specifice profesiei de asistent medical. Vă invităm să vă verificați cunoștințele medicale și să dezbateți informațiile și noțiunile cu colegii.



1. Cauza principală (90- 95 %) în infarctul miocardic este:

- a) Ateroscleroza.
- b) Coronarita.
- c) Embolia.

2.. În BPOC (bronhopneumonia cronică obstructivă) măsurile preventive cuprind în primul rând:

- a) Expunerea la noxe respiratorii.
- b) Întreruperea definitivă a fumatului.
- c) Frecventarea zonelor aglomerate.

3.Una din complicațiile tardive posttransfuzionale care pot apărea la copilul căruia i se administrează o transfuzie este:

- a) Contaminarea cu virus hepatitic B sau C.
- b) Cefalee, dispnee.
- c) Icter hemolitic, hipotensiune arterială.



4. Bifați varianta corectă referitoare la aspectele care vizează dreptul la confidențialitatea privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul informațiilor și viața privată a pacientului conform legii drepturilor pacientului:

- a) Toate informațiile, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.
- b) Informațiile medicale care sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului sunt comunicate doar cu exprimarea consimțământului pacientului.
- c) Pacientul nu poate desemna o persoană care să poată avea acces deplin, atât în timpul vieții pacientului, cât și după decesul pacientului, la informațiile cu caracter confidențial din foaia de observație.

5. Secretul profesional:

- a) Nu există și față de aparținători, colegi sau alte persoane din sistemul sanitar neinteresate de tratament, chiar și după terminarea tratamentului și decesul pacientului.
- b) Are ca obiect tot ceea ce asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical, în calitatea lor de profesionist, au aflat direct sau indirect în legătură cu viața intimă a pacientului, a familiei, a aparținătorilor, precum și problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv rezultatul autopsiei.
- c) Nu este obligatoriu.

6. Insuficiența respiratorie acută poate să apară în condițiile unui aer viciat prin:

- a) Căderea CO₂.
- b) Scăderea O₂.
- c) Scăderea ventilației.



7. Tratamentul entorsei presupune:

- a) Repaus articular 1-2 zile, prin imobilizare într-o fașă sau bandaj elastic.
- b) Repaus articular și imobilizare în aparat gipsat 4 săptămâni.
- c) Repaus articular și imobilizare în aparat gipsat 2 săptămâni.



8. Hidrartroza reprezintă:

- a) Prezența sângelui în articulație.
- b) Prezența de lichid clar, de reacție, în articulație.
- c) Prezența unui transudat în regiunile periarticular.

9. Pentru hemostază locală garoul se așează corect:

- a) Proximal față de plagă în hemoragiile arteriale.
- b) Proximal față de plagă în hemoragiile venoase.
- c) Distal față de plagă în cazul hemoragiilor arteriale. |

10. Vitamina B1 mai este cunoscută sub denumirea de :

- a) Riboflavină.
- b) Piridoxină
- c) Tiamină.

11. Identificați care dintre patologiile menționate mai jos nu au indicație pentru spălătură gastrică:

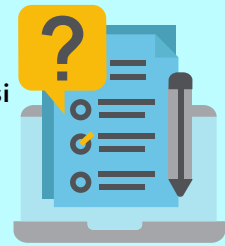
- a) Stenoză pilorică pentru îndepărtarea stazei.
- b) Intoxicații alimentare și supradozarea medicamentelor.
- c) Rectocolita ulcerohemoragică

12. În infecția cu HIV există o „fereastră serologică” seronegativă deși persoana este contagioasă, care durează:

- a) 6-12 săptămâni.
- b) 1-2 săptămâni.
- c) 4-5 săptămâni.

13. Alimentația pe gastrostomă este o tehnică efectuată:

- a) Doar de personalul medical special instruit.
- b) Poate fi realizată și de pacient după ce acesta a fost instruit în acest scop.
- c) Doar de medic



14. Supravegherea funcțiilor vitale, starea pansamentului și volumul drenajelor în perioada imediată postoperatorie până la revenirea stării de cunoștință a pacientului se va realiza din:

- a) 15 în 15 minute.
- b) 30 în 30 minute.
- c) 60 în 60 minute

15. În entorse, suprafețele articulare:

- a) Se deplasează permanent, pierzându-și raporturile între ele.
- b) Execută între ele mișcări normale.
- c) Nu se îndepărtează complet una față de cealaltă.

16. Protocolul de management al expunerii accidentale la produse biologice cuprinde următoarele etape principale:

- a) Spălare cu apă și săpun, urmată de aplicarea unui antiseptic cu timp de contact conform recomandărilor producătorului.
- b) Recoltarea eșantioanelor de sânge de la personalul expus accidental în maximum 2 ore de la momentul expunerii.
- c) Îngrijire de urgență în funcție de tipul de expunere, chimioprofilaxie, pentru infecția HIV, administrată în funcție de tipul expunerii, starea pacientului-sursă și vaccinare postexpunere în funcție de recomandarea medicului specialist

17. Semnul Koplik are mare valoare diagnostică pentru:

- a) rujeolă;
- b) rubeolă;
- c) oreion.

18. Cea mai mare doză de medicament suportată de organism fără să apară fenomene toxice este:

- a) Doza terapeutică.
- b) Doza toxică.
- c) Doza maximă

Răspunsuri:

1-A; 2-B; 3-A; 4-A; 5-B; 6-B; 7-C; 8-B; 9-A; 10-C; 11-C; 12-A; 13-B; 14-A; 15-C; 16-C; 17-A; 18-C.



"Credem în puterea noastră de a promova și îmbunătăți imaginea asistenților medicali din județul Vaslui"

"Reproducerea integrală sau parțială a textelor sau ilustrațiilor din revista RESPECT - pentru și despre asistenții medicali din județul Vaslui" este posibilă numai cu acordul prealabil scris al OAMGMAMR Filiala Vaslui. RESPECT - pentru și despre asistenții medicali din județul Vaslui este o publicație trimestrială a OAMGMAMR Filiala Vaslui.

Grup editorial:

Redactor-șef: Gabriela Epure

Art Director: Ioana Epure

Managing Editor: Elena Tilici

Contact: revista.oammrvs@yahoo.com

Sursă imagini: freepik.com

Revista a fost realizată folosind:
Canva Pro



Tipografie: pimcopy





OAMGMAMR *Filiala Vaslui*



Program cu publicul:

Luni: 12:00 - 16:00

Mărti: 8:30 - 15:00

Joi: 8:30 - 15:00

Contact

ADRESA: Vaslui, strada Eternității, numărul 8B

TELEFON: 0743 160 368 sau 0235 322 733

E-MAIL: vs-secretariat@oamr.ro

WEBSITE: www.oamrvaslui.ro

FACEBOOK: pagină - Oamgmamr filiala Vaslui
grup - Ordinul Asistenților Medicali Vaslui

PLATFORMĂ CURSURI ON-LINE:

<https://oamrvs-emc.ro/>

RESPECT

RAȚIUNE • ECHITATE • SĂNĂTATE • PASIUNE • EMPATIE • CURAJ • TIMP

PENTRU ȘI DESPRE ASISTENȚII MEDICALI DIN
JUDEȚUL VASLUI



OCTOMBRIE 2023