

EXPERIENȚA CLINICII CSF "GALAXIA" ÎN ÎNGRIJIREA POST-OPERATORIE A PACIENTULUI CHIRURGICAL

Bobeco Valentina – asistenta medicală șefă¹, **Tatiana Nagalist** – asistenta medicală în anestezie¹, **Cozariz Mariana** – asistenta medicală în secția chirurgie nr.1¹, **Stempovschi Elena**²

1 - CSF "Galaxia"

2 - Președinte Asociației Nursing RM

Rezumat

În lucrare este expusă experiența supravegherii și îngrijirii pacientului chirurgical în perioada postoperatorie. Îngrijirile postoperatorii se adresează menținerii constantelor fiziologice în limitele normale și prevenirii sau tratării eventualelor complicații care pot apărea. Perioada postoperatorie evoluează de cele mai multe ori simplu, necesitând doar îngrijiri postoperatorii comune. Uneori însă, datorită datelor existente, complexității actului operator sau apariției unor complicații, pacientul necesită îngrijiri postoperatorii speciale.

Summary

There is illustrated the experience of patient care in the postoperative period. Postoperative care is directed at maintaining physiological constants within normal limits and preventing or treating any complications that may occur. The postoperative period is often simple, requiring only ordinary postoperative care. Sometimes, however, due to the existing data, the complexity of the operative act or the occurrence of complications, the patient requires special postoperative care.

Introducere

Perioada postoperatorie presupune, din partea medicului și a întregului personal medical, o atenție deosebită pentru supravegherea pacientului operat și tratarea la timp și corect, a eventualelor dezechilibre și complicații ce pot apărea. Intervenția chirurgicală constituie o formă de agresiune, determinând din partea organismului un răspuns de intensitate variabilă, mergând de la manifestări minore și până la un sindrom reacțional sistemic denumit boală sau sindrom postoperator. Reacția organismului operat și traducerea ei clinică sînt variabile în intensitate în funcție de complexitatea actului operator, calitatea anesteziei, terenul individual, vîrstă, afecțiunea de bază, pentru care s-a intervenit, calitatea reanimării pre și postoperatorii.

Materiale și metode

Indiferent de intensitatea lor, reacțiile postoperatorii reprezintă „reacția de adaptare” a organismului la noile condiții și au la bază excitarea sistemului nervos vegetativ și a axului hipofizo-supra-renal. Din acest punct de vedere, perioada postoperatorie evoluează în două faze:

a) prima fază numită catabolizantă, durează 3-4 zile și este dominată de sistemul nervos simpatic, de secreția de adrenalină și de cortizon,

b) a doua fază numită anabolizantă, se caracterizează prin dominație vagală, prin secreție de mineralo-corticoizi și androgeni și prin evoluție spre vindecare.

În evoluția postoperatorie a unui bolnav chirurgical,

considerat echilibrat nutritiv preoperator, se disting 4 faze :

1. Faza postagresivă imediată - la trezirea din anestezie bolnavul are o stare ebrioză, este palid, tahicardic, cu tendință la vomă, respirație superficială, normo-sau ușor hipertensiv, are dureri la nivelul regiunii operației. În zilele următoare suferința plăgii operatorii se atenuază, apare balonarea prin pareza intestinală, subfebrilitate, inapetență, grețuri, uneori vărsături, eventual sughiț, și retenție de urină. Se mobilizează greu, respirația se menține superficială, evită efortul de tuse, este indiferent la mediu.

2. Faza de tranziție - începe din ziua 4-5 postoperator. Starea generală se ameliorează brusc, febra scade, dispar grețurile și revine pofta de mîncare. Respirația devine amplă, pulsul regulat, plin, tensiunea arterială este normală. Se mobilizează și interacționează cu mediul, cu aparținătorii, cu ceilalți bolnavi. Plaga operatorie nu mai este dureroasă.

3. Faza de anabolism - denutriția, legată de pregătirea preoperatorie și disconfortul postoperator, reacția organică la intervenție au făcut ca bolnavul să piardă în greutate și forță fizică. Bolnavul se simte astenic, lipsit de vigoare. A pierdut circa 3-4 kg în greutate. Reluîndu-și alimentația orală, bolnavul câștigă în greutate pînă la 1 kg săptămînal, ceea ce face ca în circa o lună să-și revină ponderal.

4. Faza de revenire la normal a curbei ponderale și capacității de efort - pacientul este încă astenic, obosește și transpiră la efort, are uneori amețeli. Alimentația corectă face ca în circa două luni să-și recapete mobilitatea și forța de muncă.

Perioada postoperatorie imediată

După terminarea intervenției, bolnavul este transportat în salon sau în secția de terapie intensivă, unde trezirea va fi supravegheată și se va asigura analgezia. Transportul se face pe targa, indiferent dacă bolnavul a suferit o operație mică sub anestezie locală și ar putea merge pe jos, sau o operație mare sub narcoză. Acest lucru evită eventualele lipotimii sau complicații hemodinamice. În timpul transportului bolnavul va fi bine acoperit și ferit de frig și curent. Patul va fi curat și încălzit pentru a evita schimbările bruște de temperatură. Încălzirea se poate face cu termofoare sau perne electrice fără a le lăsa în contact cu operatul dacă acesta este adormit, pentru a evita apariția arsurilor. Instalarea în pat se va face cu blîndețe, evitînd manevrele bruște sau traumatizarea regiunii operate. Poziția bolnavilor în pat, în speciala celor adormiți trebuie să fie comoda și odihnitoare și să permită cu ușurință mișcările respiratorii. Uzual se folosește poziția Fowler încă din seara zilei operației, fiind socotită odihnitoare pentru bolnav. Este o poziție semișezînda, în care spatul bolnavului se sprijină pe perne sau pe un spătar, iar corpul este împiedicat să alunece de către un sul fixat de pat, care trece pe sub genunchii flectați, sau prin curbarea saltelei, la paturile moderne. Are dezavantajul că favorizează complicațiile trombotice la membrele inferioare. După trezire bolnavul poate lua orice poziție convenabilă lui și actului chirurgical efectuat. În alte situații particulare se pot adopta următoarele poziții: - după intervenții pe coloana vertebrală se recomandă poziția în decubit ventral, la cei cu supurații drenate se recomandă poziții laterale, care să asigure declivitatea drenajului - în caz de circulație cerebrală deficitară sau de extensii ortopedice la membrele inferioare bolnavul se plasează în poziție Trendelenburg (culcat în decubit dorsal și cu membrele inferioare la un nivel superior față de extremitatea cefalică). Dintre elementele clinice, care permit o urmărire corectă a bolnavului operat amintim :

- Faciesul - revenirea la culoarea normală, preoperatorie indică o evoluție bună. Din contră - paloarea, cianoza, roșeața exagerată sau uscarea buzelor sunt elemente, care arată persistența unor tulburări circulatorii sau respiratorii, sau a unor dezechilibre hidroelectrolitice.

- Limba umedă și normal colorată arată o stare bună a pacientului. Limba uscată - denotă o hidratare deficitară. Pacienții comatoși, polipneici, cu respirație pe gură, pot ajunge la o deshidratare accentuată a cavității bucale și a limbii, care apare ca și „arsă”. Antibioticoterapia prelungită poate favoriza dezvoltarea micozelor bucale, care apar ca depozite albicioase pe limbă

- Temperatura are o valoare clinică importantă în urmărirea evoluției postoperatorii a bolnavului. În primele zile și mai ales cînd valorile ei nu depășesc 38°C. Ea poate fi etichetată ca expresie a unei bune reactivități a organismului produsă în urma iritațiilor nervoase din plagă, a tulburărilor vasomotorii și a resorbției de substanțe toxice din regiunea operată. În mod normal ea nu afectează starea generală a bolnavului și se remite în 2—3 zile de la intervenție. Dacă se prelungește peste acest interval de timp sau dacă apare după 3—4 zile de la operație, cauza ei trebuie căutată printre cele mai frecvente situații.

- Pulsul se apropie treptat de valorile sale normale chiar din prima seară a intervenției. Persistența tahicardiei în afara administrării drogurilor parasimpaticolitice este un semn de sîngerare sau de deficit volemic prin rehidratare incorectă.

- Tensiunea arterială este un alt element de apreciere a

evoluției generale a unui operat. După terminarea intervenției ea trebuie să aibă valori apropiate de cele preoperatorii. Orice scădere a ei releva apariția unei complicații de ordin cardiac, circulator sau reflex.

- Diureza: Prima micțiune postoperatorie trebuie să survină în mod normal pînă în seara de după intervenție. În cazul în care operatul nu are micțiune spontană se va sonda. Dacă nici după aceea nu se reiau micțiunile se va continua sondajul la 6—8 ore interval sau se va pune o sondă vezicală autostatică Foley. Se va măsura cantitatea de urină pe 24 ore și se va rehidrata bolnavul treptat, pînă ce se va ajunge la valori normale ale diurezei. Scăderea diurezei sub 500ml/zi denotă fie o tulburare gravă a funcției renale, fie o hidratare insuficientă, pentru combaterea căreia, trebuie luate măsurile corespunzătoare: creșterea aportului per os sau a volumului fluidelor perfuzate

- Starea abdomenului este important de urmărit atît în intervențiile pe abdomen, cît și în intervenții pe alte organe. În prima situație, bolnavul va prezenta o ușoară tensiune a peretelui abdominal și chiar o hiperestezie superficială moderată și durere, mai ales în primele 2—3 zile postoperator. Prelungirea lor peste acest interval de timp, arată unele tulburări care se produc fie la nivelul plăgii parietale, fie la nivelul organului intraabdominal care a suferit intervenția. În ambele situații, putem constata o ușoară balonare a abdomenului, datorită parezei intestinale postoperatorii și încetinirii tranzitului intestinal, ceea ce duce la acumularea de gaze în tractul intestinal. Gazele provin din fermentația microbiană, din înghițirea aerului și din schimburi gazoase între intestine și vase. Combaterea balonării abdomenului se face prin mobilizare precoce a bolnavului, prin aspirație nazo-gastrică și aplicarea unui tub de gaze intrarectal, precum și prin administrare de stimulante ale peristalticii intestinale (hidergin—50mg/6 ore, miostin — 1 fiolă/12 ore, clisme mici repetate). Această balonare postoperatorie imediată trebuie diferențiată de balonarea, care poate apărea datorită unei peritonite sau unei ocluzii intestinale, cazuri în care cortegiul simptomatic apare mai tîrziu este mult mai bogat și mai sever, homeostazia organismului fiind progresiv afectată.

- Starea generală a bolnavului este un alt element clinic important în urmărirea lui postoperatorie. Se va ține seama de toate acuzele operatului, care vor fi analizate obiectiv și cu mult discernămint, pe baza cunoașterii modului tipic de evoluție postoperatorie pentru fiecare tip de patologie și intervenție chirurgicală, precum și a tarelor bolnavului. Este nevoie ca, în primele zile, bolnavul să fie sedat cu analgetice, tranchilizante și barbiturice pentru a-i suprima durerea și a-i asigura cel puțin 8—10 ore de somn. Aceste elemente ne permit aprecierea evoluției postoperatorii a bolnavului, sesizarea devreme a apariției complicațiilor și luarea măsurilor necesare pentru înlăturarea lor.

Tratamentul postoperator In cazul unei evoluții postoperatorii normale, tratamentul se rezumă la :

măsuri minore, care au drept scop refacerea cît mai rapidă a bolnavului: mobilizarea precoce, reluarea alimentației, restabilirea tranzitului intestinal și profilaxia infecțiilor este o problemă importantă, care nu trebuie minimalizată sau lăsată la latitudinea pacientului. Se recomandă ca, în raport de natura operației, bolnavul să fie mobilizat precoce postoperator, deoarece acest fapt are o influență favorabilă asupra întregului organism: activează circulația sanguină și grăbește reluarea tranzitului, favorizînd astfel schimburile nutritive, previne tromboza venoasă profundă a membrilor inferioare, previne

atelectaziile pulmonare și pneumoniile, favorizează reluarea micțiunilor la cei cu disurie sau retenție urinară etc. După operațiile mici și mijlocii, mobilizarea începe în pat, chiar din ziua intervenției, iar coborîrea din pat se face a doua zi postoperator, în mod progresiv, pînă cînd bolnavul capătă încredere în forțele proprii. Pacienții cu intervenții mari, complexe, cu capacitate de efort fizic mult redusă, beneficiază inițial de mobilizare pasivă în pat, gimnastică respiratorie asistată și ulterior, progresiv, de kinetoterapie activă. Condiția de bază este ca plaga să fie bine cusută.

- Reluarea alimentației va fi făcută, de asemenea, precoce, dar cu prudență, în raport cu operația efectuată. Bolnavului operat nu trebuie să i se aplice o dietă severă. Administrarea de lichide per os, va fi începută imediat ce au încetat vărsăturile, deoarece acest mod de rehidratare este cel mai fiziologic. Numai în cazul intervențiilor pe esofag și stomac, pentru a se proteja anastomozele, rehidratarea per os, se începe după 5-7 zile, în acest răstimp inițiindu-se alimentația enterală pe sonda introdusă intraoperator transanastomotic pînă în jejun. Lichidele ce se vor administra, în prima zi, constau în apă plată sau ceai neîndulcit. După reluarea tranzitului pentru gaze, de regula în ziua a 2-a sau a 3-a, se poate servi ceai îndulcit, zeamă de compot, zeamă de supă (strecurată) și iaurt, iar ulterior se diversifică meniul cu biscuiți, budinci, pireuri de legume și cartofi, carne fiartă etc. Odată cu reluarea tranzitului intestinal pentru materii fecale se poate reveni la o alimentație complexă, cu regimuri specifice pentru diferitele tipuri de patologii și intervenții chirurgicale. Cantitatea de alimente va crește treptat, astfel ca la reluarea completă a alimentației să se ajungă și la cantitatea suficientă de alimente care să asigure necesarul zilnic de calorii.

- Restabilirea tranzitului intestinal la un operat reprezintă o problemă esențială a chirurgiei. După trecerea perioadei de parază intestinală postoperatorie, bolnavul începe să emită gaze, semn că s-a restabilit peristaltismul intestinal. Chiar și anterior emisiei de gaze, reluarea peristalticii intestinale poate fi constatată prin auscultația abdomenului percepându-se zgomotele hidro-aerice provocate de peristaltism. În mod normal, după 48—72 de ore de la intervenție, bolnavul are primul scaun. Dacă acest lucru nu se întîmplă spontan, evacuarea colonului se poate realiza cu ajutorul unor purgative ușoare sau a unei clisme evacuatorii. În anumite situații însă, (operații pe colon, rect sau anus), se recomandă întîrzierea primului scaun timp de 5—6 zile. Pentru aceasta regimul alimentar al bolnavului va fi hidric sau cu puține reziduuri, fără alimente, care produc fermentație intestinală. Reluarea tranzitului se va face prin administrarea de laxative ușoare. La astfel de bolnavi nu se vor face clisme, pentru a nu pune în tensiune suturile colo-rectale și a nu produce alte leziuni la cei operați pentru hemoroizi, fistule perineale sau fisuri anale.

- Profilaxia infecțiilor la un pacient operat a trebui să ocupe un loc important în terapia postoperatorie. Ea se referă atât la prevenirea infecției unor aparate și sisteme, cit și la menținerea asepticii plăgii operatorii. În scopul prevenirii infecțiilor, în principal a celor respiratorii, operatul va fi ținut într-un salon unde nu sînt permise vizite ale persoanelor străine pînă la completa lui restabilire funcțională. De asemenea, se va avea grijă de aspirarea secrețiilor în perioada de trezire și de asigurarea unei bune ventilații pulmonare prin mișcări ample de inspirație și expirație, care să evite atelectazia, de stimulare a circulației sanguine prin mobilizări precoce și masaj

ușoare ale membrilor inferioare. Administrarea profilactică a antibioticelor este obligatorie doar la pacienții imunodeprimați.

- Menținerea asepticii plăgii operatorii se va face prin protejarea ei cu un pansament steril, aplicat la sfîrșitul intervenției. În absența secrețiilor, durerii, a tumefacției locale și a temperaturii, pansamentul va fi controlat și schimbat inițial după 2 zile și apoi după 6—7 zile odată cu scoaterea firelor. Orice schimbare a lui făcută fără a avea o indicație netă, reprezintă un pericol de contaminare a plăgii. În cazul în care plaga secretă sau este drenată, precum și în cazul în care bolnavul are temperatură neexplicată de alte cauze se va face o explorare a plăgii, iar pansamentul va fi schimbat mai des. Frecvența schimbării lui se va face în raport de cantitatea secrețiilor în așa fel ca pansamentul îmbibat să nu permită circulația germenilor de la exterior spre plagă și să nu stea mult în contact cu pielea, pentru a nu o irita. Cînd se constată o supurație locală, chirurgia va trebui să ia toate măsurile necesare pentru drenajul colecției, curățirea plăgii și asigurarea cicatrizării: se vor îndepărta câteva din firele de sutură, pentru a permite drenajul spontan al colecțiilor purulente, se va explora plaga în profunzime, pentru a deschide colecțiile situate mai profund, eventual se vor introduce tuburi de drenaj, se va efectua toaleta plăgii cu antiseptice de 1-2-3 ori pe zi, se va recolta puroi sau secreția din plagă, pentru examen bacteriologic și se va conduce antibioterapia sistemică în funcție de antibiogramă.

Îngrijiri postoperatorii speciale la pacienții cu tare organice asociate în cazul existenței anumitor tare, pe lîngă îngrijirile obișnuite enumerate mai sus se va urmări, în plus, reechilibrarea corectă a bolnavilor, corectarea deficiențelor organice în raport cu tarele existente și prevenirea complicațiilor posibile. De foarte multe ori, există tendința de a face o echilibrare corectă a bolnavilor preoperator fără a-i controla și urmări cu aceeași exigență în perioada postoperatorie. La acești bolnavi țarați trebuie continuate toate măsurile de reechilibrare preoperatorie.

- La bolnavii cu afecțiuni cardio-pulmonare se va asigura o respirație normală și eficientă printr-o poziție șemisezindă (Fowler), prin administrarea intermitentă de oxygen și prin asigurarea permeabilității căilor respiratorii. Se vor calma durerile, care ar putea să limiteze mișcările respiratorii și se va asigura o mobilizare pasivă precoce în scopul activării circulației.

- Bolnavul cu afecțiuni urologice sau bolnavul, care a suferit o intervenție pe aparatul urinar va fi urmărit în deaproape prin măsurarea zilnică a urinei, controlul periodic ale constantelor sanguine (uree, creatinină, acid uric), aprecierea curbei termice și aspectului plăgii. Se va avea în vedere diminuarea catabolismului din perioada postoperatorie, prin administrarea de steroizi și prin administrarea parenterală de glucide și lipide. De asemenea, se va asigura echilibrul hidroelectrolitic și acidobazic, iar în cazul desfășurării actului operator în mediu septic, se vor administra antibiotice conform antibiogramei din urocultură.

- La bolnavul diabetic, care a suferit o intervenție chirurgicală, îngrijirea post-operatorie are o importanță deosebită deoarece, în această perioadă, pot apărea complicații grave datorită fie tulburărilor metabolice (acidocetoză, hiperglicemie, hipoglicemie), fie terenului diabetic (infecții, complicații pulmonare etc), fie dezechilibrului instalat postoperator (deshidratare, hemoragie). Terapeutică postoperatorie a diabeticului va urmări:

- menținerea nivelului arderilor de glucoza și diminuarea gluconeogenezei generatoare de corpi cetonici, prin administrarea în continuare a insulinei sau medicației antidiabetice orale sub controlul glicemiei și glicozuriei, deoarece în urma reacției endocrino-vegetative postagresive, glicoreglarea poate fi deficitară.

- conservarea rezervelor glicogenetice din ficat și alte organe prin perfuzarea de glucoza cu insulina până la reluarea alimentației orale. — prevenirea deshidratării și declorurării prin perfuzie cu soluții electrolitice și de aminoacizi. Datorită tendinței diabeticilor de a reține sarea, este recomandabil ca, în prima zi postoperator, să nu se administreze soluție clorurosodică (ser fiziologic);

- profilaxia infecțiilor prin administrarea de antibiotice cu spectru larg, intrucît orice infecție amenință echilibrul metabolic al diabetului.

- Bolnavii vârstnici operați vor fi urmăriți în de aproape,

deoarece labilitatea reactivităților produce frecvent scăderi tensionale, tulburări respiratorii cu hipoxie consecutivă și deshidratare. De aceea este bine, ca după intervenții chirurgicale făcute la bătrîni, aceștia să fie urmăriți în secția de terapie intensivă până la completa lor reechilibrare. Tratamentul va avea în vedere înlocuirea pierderilor hidroelectrolitice, mobilizarea precoce și cu prudență, asigurarea nevoilor calorice și prevenirea infecțiilor.

Concluzie

În perioada postoperatorie pacientii necesita o supraveghere și monitorizare foarte atenta și permanentă din partea asistentilor medicali. Amabilitatea, seriozitatea și cunoștințele profunde în domeniul supravegherii, monitorizării și acordării de îngrijiri medicale la un nivel cu profesionalism înalt, reduce procentul complicațiilor în perioada postoperatorie.

Bibliografie

1. Standarde de îngrijiri nursing pentru asistente medicale - 2007
2. Diagnostic nursing în practica clinică - 2008