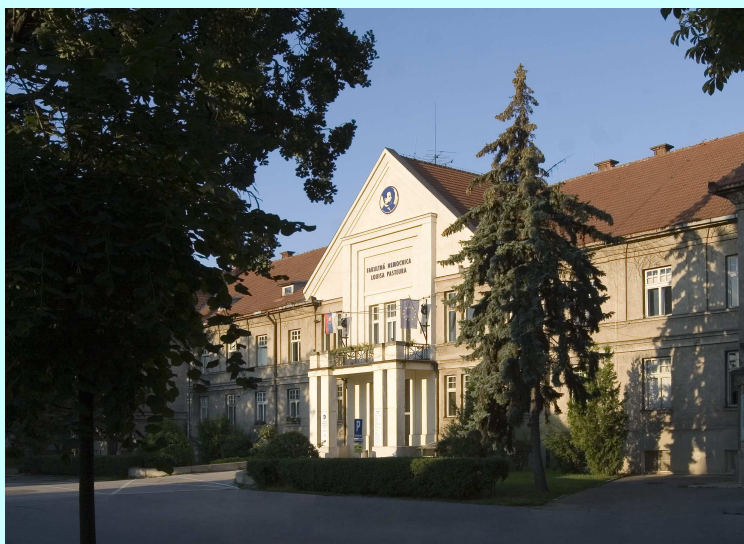


Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti a urgentnej
starostlivosti
Regionálna komora SaPA Košice II
OAIM FNLP Košice

Zborník odborných a vedeckých príspevkov
Z
II. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich
v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti
a urgentnej starostlivosti
s medzinárodnou účasťou



Košice, 19. – 20. jún 2009

Záštitu nad konferenciou prevzali:

MUDr. Richard Raši, MPH, Minister zdravotníctva Slovenskej republiky
Fakultnej nemocnice L. Pasteura Košice
Lekárskej Fakulty UPJŠ v Košiciach

Organizačný výbor konferencie:

Mgr. Jozefína Bančejová

Mgr. Diana Grejtáková

Marta Hanzel'ová

Bc. Marta Janičková

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.

Zborník zostavila:

Mgr. Jozefína Bančejová

PhDr. Andrea Bratová

Bc. Marta Janičková

Zborník recenzovali:

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.

Vydavateľ:

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Amurská 71, 821 06 Bratislava

ISBN 978-80-967818-8-1

Autori zodpovedajú za obsahovú a jazykovú stránku jednotlivých článkov.

OBSAH

| | |
|---|----|
| Kadnožková O., Ceperko J.: Novinky v přepravě pacientů ze zahraničí Armádou České republiky..... | 5 |
| Balážiková H.: Transport rodičky a pôrod v praxi záchranej zdravotnej služby... | 8 |
| Behunová L., Oravcová M., Mamaj Š.: Bed side procedúra – tímová spolupráca.. | 62 |
| Belková Z., Remeňová K., Roganská R.: Potreba legislatívnych zmien v súčasnom období v odbore anestéziologická sestra | 90 |
| Bratová A., Bančejová J., Mankovecká M., Pecho L., Torišková J.: Multidisciplinarita a pacient | 15 |
| Brazdilová D., Mankovecká M., Bratová A.: Uplatnenie absolventov bakalárskeho štúdia Univerzity Konštantína Filozofa študijného odboru: Zdravotnícky záchranár..... | 20 |
| Frantová M., Gajarská L.: Naše skúsenosti s vákuovým systémom hojenie rán..... | 78 |
| Gerdová G., Kotelesová M.: Trombolýza | 48 |
| Gondárová – Vyhníčková H.: Pacient so psoriázou na operačnej sále..... | 35 |
| Haňová A., Pazderáková A., Rišková M.: Týrané dieťa – diagnóza, ktorá prestáva byť TABU..... | 68 |
| Hargašová M., Záborský V., Janotová E., Šperková M.: Starostlivosť o umierajúce dieťa na Oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny..... | 73 |
| Kušnierová K., Repická J., Jašiček M.: Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o zavedený hrudný drenážny systém u pacienta..... | 55 |
| Lančaričová D., Semeneiová S.: Manažment terapeutickej hypotermie po kardiopulmonálnej resuscitácii..... | 50 |
| Lančaričová D., Šarvaicová M.: Prevencia vzniku a šírenia nozokomiálnych infekcií v praxi..... | 75 |
| Mankovecká M., Brazdilová D., Bratová A.: Špecifiká ošetrovateľského procesu na Oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny..... | 82 |
| Margitaiová P., Palčíková K.: Manažment tekutej a polotekutej stolice u pacienta v bezvedomí | 44 |
| Neumannová L.: Podání spinální anestezie z pohledu pacientky – zdravotní sestry..... | 28 |

| | |
|---|----|
| Pecho Ľ., Bratová A.: Zdravotnícky záchranár na oddelení Anestéziológie a intenzívnej medicíny..... | 23 |
| Polievková M., Nagyová N., Auxtová M.: Inovatívne postupy v starostlivosti o pacienta po transplantácii pečene – naše ročné skúsenosti..... | 47 |
| Rostášová M., Spišiaková M.: Špecifiká anestézie u popálených pacientov..... | 31 |
| Tašká Z., Hubáčková M.: Sestry v posádkach záchranej zdravotnej služby..... | 6 |
| Tkáčová A., Bratová A.: Špecifiká v perioperačnej starostlivosti o pacienta s abdominálnou aortálnou aneurysmou..... | 38 |

NOVINKY V PŘEPRAVĚ PACIENTŮ ZE ZAHRANIČÍ ARMÁDOU ČESKÉ REPUBLIKY

**Olga Kadrnožková
Jaroslav Ceperko**

Vojenský útvar 4128 Líně

Úvod: Využití letadla typu AIRBUS A – 319 CJ ve verzi MEDEVAC při přepravě pacientů ze zahraničí.

Text: V loňském roce byl v České republice dán do provozu nový AIRBUS vládní letky, který je využíván pro potřeby MEDEVACU. Jeho hlavní výhodou je dlouhý dolet a dostatečný prostor pro transport více raněných, příp. nemocných pacientů. Vybavení je na úrovni pokoje ARO. Transport je prováděn speciálně školeným personálem AČR z řad zaměstnanců Letecké záchranné služby v Plzni. Počet zdravotnického personálu je přizpůsobován počtu a zdravotnímu stavu přepravovaných pacientů.

Závěr: Využití letadla AIRBUS ve verzi MEDEVAC je velkým přínosem při přepravě vojáků zraněných v misích NATO.

Kontakt:

Olga Kadrnožková
Vojanova 19
318 00 Plzeň

kadrnozkoli@seznam.cz

SESTRY V POSÁDKACH ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY

Tašká Zuzana
Hubáčková Mariana

Záchranná zdravotná služba Svet zdravia, a.s. Bratislava
Fakultná nemocnica Olomouc, oddelenie ARIP

Abstrakt

Implementácia sestier do všetkých typov posádok záchranej zdravotnej služby (ZZS) patrí ku krokom, ktoré so sebou priniesli množstvo zmien. Do obdobia pred reformou zdravotníctva (rok 2004) v posádkach ZZS v rámci personálneho zabezpečenia dominovali najmä muži a sestry/záchranárky tvorili skôr svetlú výnimku (v podmienkach Bratislavského kraja v terénnej praxi nepracovali vôbec). Spomínaná reforma so sebou okrem iného priniesla niekoľkonásobný nárast počtu staníc ZZS, ktorý čelil nedostatku zdravotníckych záchranárov. Z menovaného dôvodu došlo k legislatívnej úprave vyhlášky definujúcej personálne zabezpečenie posádok ZZS a sestry dostali oficiálnu príležitosť uplatniť sa v rámci posádok typu: RZP (dvaja záchranári, resp. vodič a záchranár), RLP (lekár a dvaja záchranári, resp. vodič a záchranár), MIJ (lekár- anesteziológ, dvaja záchranári).

Študijný odbor zdravotnícky záchranár je v rámci vzdelávania pracovníkov v zdravotníctve podstatne „mladší“ ako odbor sestra. Bol aktivovaný v roku 1991 na SZŠ Staromestská v Bratislave –zakladateľ MUDr. Ján Kovalčík, MPH a kolektív. Hlavný motív vzniku reprezentovala potreba vytvoriť pre lekárov v ZZS zdravotníckeho záchranára – „inštrumentárku“, ktorý bude disponovaný vedomosťami a zručnosťami sestry, modifikovanými pre potreby terénnej praxe. V pilotnom ročníku boli medzi absolventmi výlučne muži, ženy boli na štúdium prijímané až po upravení transportných podmienok v ZZS (1994-1995). Na výučbu v Bratislave postupne nadviazali aj SZŠ v Banskej Bystrici a Košiciach.

Príspevok venovaný postaveniu sestry v zdravotníckom tíme ZZS podáva informáciu o historickom vývoji zaradenia sestier do výjazdovej zložky a v rámci retrospektívnej analýzy predkladá v praxi zaznamenané zistenia, tvoriace bázu klasifikovania pozitív i prípadných negatív, ktoré zaradenie sestier do ZZS prinieslo (kazuistiky, odporúčania pre prax, návrhy perspektív riešenia u konkrétnych problematických zón). Cieľom prednášky je predstaviť špecifiká práce sestry v podmienkach ZZS na Slovensku a v Českej republike a reflektovať na otázku (ne)zaradovania sestier do štruktúr

poskytujúcich neodkladnú zdravotnú starostlivosť (NZS) s použitím argumentačne zrelého podložia pohľadu na vymedzenú problematiku.

Kľúčové slová: Záchranná zdravotná služba. Implementácia sestier. Efektivita

Kontakt:

Zuzana Tašká
Záchranná zdravotná služba Svet zdravia, a.s.
Lamačská cesta 3
841 04 Bratislava
tel.: 0904 017 974, taska.rr@gmail.com

TRANSPORT RODIČKY A PÔROD V PRAXI ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY

Helena Balážiková

Záchranná zdravotná služba NsP Prievidza
so sídlom v Bojniciach

Abstrakt

Autorka v príspevku pojednáva o pôrode v teréne, transportnej polohe rodičky: dôvody, výhody, relatívne nevýhody; špecifikách pre Rýchlu lekársku pomoc (RLP), Rýchlu zdravotnícku pomoc (RZP) a odporúčaniami pre prax. Ďalej o pôrode v domácnosti, postupe pri prepade pupočníka a pri pôrode koncom panvovým.

KLúčové slová: Záchranná zdravotná služba (ZZS). Pôrod. Terén. Transportná poloha.

Upozornenie: Na fotografiách nie sú použité osobné ochranné pomôcky. Majú ilustračný charakter. Fotografie sú použité s písomným súhlasom figurantov.

Naša záchranka tento rok oslavuje krásne 30-te narodeniny. Bola 1. zdravotníckou záchrannou službou na Hornej Nitre, na čo sme všetci patrične hrdí. Aj dnes máme najviac výjazdov v kraji. Medzi naše „klientky“ patria často rodičky, ktoré si nás zamieňajú s bezplatným taxíkom, hoci do pôrodu majú ešte ďaleko. Napriek tomu musíme rátať so všetkými možnosťami a na prípadný pôrod byť pripravení.

Tehotenstvo trvá plus-mínus 280 dní. Končí pôrodom, ktorý má tri doby: otváraciu, vypudzovaciu a placentárnu. V 85 % - 90 % býva spontánny, záhlavím a prebehne v zdravotníckom zariadení. Otváracia doba je individuálna. Pri krátkom časovom priebehu dochádza k náhlemu (prekotnému) pôrodu. Ak sa tak udeje mimo zdravotníckeho zariadenia, hovoríme o pôrode v teréne. Ambulancia ZZS je vybavená pomôckami pre rodičku a novorodenca. Vybavenie je jednoduché, bez ohľadu na zloženie posádky. U nás má RLP štyroch a RZP dvoch členov posádky.

Autori publikácií majú na pôrod v teréne jednotný názor: rodičku čo najrýchlejšie dopraviť do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia; pri aktívnej II. dobe odvieť pôrod na mieste výjazdu. Prevoz je rýchly, ale šetrný, telefonické avízo do cieľového zariadenia je nutné. RZP si p.p. privolá RLP.

Rodička sa do sanitky ukladá opačne ako je bežné. Uloží sa nohami v smere jazdy, hlavou k zadným dverám vozidla. Má to svoje dôvody, výhody a relatívne nevýhody. **Dôvody:** správne vedenie pôrodu je dôležité pre rodičku aj plod. K rodičke pôrodník pristupuje z pravej strany. Každá ruka pôrodníka má svoju úlohu: pravá chráni hrádzu rodičky, ľavá usmerňuje hlavičku plodu. Táto poloha je nutnosťou pri pôrode koncom panvovým a pri prepadnutí pupočníka. Po pôrode sa dieťa uloží medzi v kolenách zohnuté dolné končatiny matky. Pôrodník má k novorodencovi dobrý prístup a pri prípadnej resuscitácii dieťaťa aj všetky potrebné pomôcky pri ruke. **Výhody:** v obmedzenom priestore sanitky vznikne viac miesta pre pôrodníka a asistenta. Rodička leží tvárou k pôrodníkovi, ktorý má vonkajšie rodidlá, rodiace sa dieťa aj rodičku pod stálym očným dozorom. A dôležité je, že pri postupe pravá ruka = hrádza, ľavá ruka = hlavička, si pôrodník „nezapletie“ ruky.

Relatívne nevýhody: bezpečnosť rodičky je relatívne ohrozená, pretože pri hlave nosidiel nie je zábrana a pri kolízii môže byť vymrštená smerom dopredu. Ale pri súčasnom používaní dvojbodových bezpečnostných pásov vymrštenie ohrozuje aj osoby ležiace proti smeru jazdy. Ďalšou nevýhodou môže byť čakanie na pokyn pôrodníka ako rodičku uložiť, pretože on je „šéfom“ posádky.

Bezpečnosť rodičky: vozidlo ZZS je účastníkom cestnej premávky a jeho posádka je povinná dodržiavať bezpečnostné predpisy, neohrozovať ostatných účastníkov, pacienta ani seba. Ak sú predpísané vo vozidle bezpečnostné pásy, je nutné ich používať. V praxi sú situácie, keď záchranár tento predpis nedodrží a nie je pripútaný /agresívny pacient, príprava lieku a pod./. Pacient však musí byť počas jazdy pripútaný za každých okolností. Rodičky nie sú výnimkou. Ak je potrebný výkon, ktorý vyžaduje uvoľnenie pacienta z popruhov, je nevyhnutné vozidlo odstaviť. Predpísaná bezpečnosť sa dá zaistiť aj v transportnej polohe nohami v smere jazdy. Bezpečnú fixáciu zaručuje umiestnenie popruhov, ktoré sú dostatočne dlhé, dobre nastaviteľné a preto neutláčajú plod. Chýbajúcu zábranu pri hlave nosidiel nahradíme ich zdvihnutím o 1-2 polohy. Vznikne opierka pre nohy rodičky. Počas pôrodu vodič odstaví vozidlo na bezpečnom mieste, so zapnutou svetelnou signalizáciou. Po pôrode, ošetrovaní dieťaťa a rodičky, sa matka opäť pripúta. Ak bol pôrod bez komplikácií, jazda je pokojná a ohľaduplná. Pri komplikáciách je rýchly prevoz nevyhnutný. Pravidlo o šetrnom prevoze rýchla jazda spĺňa málokedy. Napriek tomu musí byť bezpečná a v súlade s predpismi.

Špecifiká pre RLP: drvivá väčšina pôrodov prebieha spontánne. RLP je viacčlenná, asistencia vodiča preto nie je nutná. Zotrvá na svojom mieste a sleduje premávku.

Špecifiká pre RZP: posádka je dvojčlenná, asistencia vodiča je nutná. Vozidlo je potrebné odstaviť na absolútne bezpečnom mieste. Vodič počas pôrodu placenty dohliada na dieťa. Privolanie RLP je samozrejmosťou. Ak nie je RLP dostupná, posádka zváži ďalší postup a konzultuje s príslušným krajským operačným strediskom.

Čakanie na pokyn nadriadeného: každá skupina má svojho vedúceho, ktorý rozhoduje o liečebných postupoch, smerovaní pacienta a pod. a je samozrejme, že ostatní členovia posádky jeho rozhodnutia rešpektujú. Práca záchranárskej skupiny je však tímová. Každý člen posádky má svoju úlohu. Pri niektorých výkonoch postupuje samostatne, podľa zaužívaných postupov a odporúčaní. Transportné polohy, polohovanie a transport sú v kompetencii vodiča a sanitára. Musia ovládať odporúčané postupy, aj ich realizovať. Preto čakať na pokyn „šéfa“ je alibistické, neprofesionálne a nekolegiálne. Najmä v situácii, keď pôrodník nemá žiadne skúsenosti s rodením v sanitke.

Odporúčania pre prax: patria medzi rutinné postupy. Ohľaduplné správanie k pacientovi vyžaduje veľa empatie. Rodičky sú však špeciálni „pacienti“. Ich okamžitá intenzívna spolupráca je veľmi žiaduca. Ak sú však hysterické alebo nespolupracujú, vhodnejší je asertívny, až autoritatívny prístup.

Všeobecné: nezabúdať na prikurovanie vo vozidle počas chladnejších letných dní . Náhla zmena jazdy môže byť subjektívne veľmi nepríjemným zážitkom, pretože orgány a telesné tekutiny vezených osôb sa dajú do pohybu. Bez ohľadu na to, či sa vezú nohami v smere alebo proti smeru jazdy. Preto prevoz bez neustáleho brzda – plyn ocení nielen rodička, ale aj posádka sanitky. Zabezpečenie intimity pacienta je bežnou povinnosťou zdravotníkov. U rodičiek to platí dvojnásobne, pretože pôrod je veľmi intímnou záležitosťou ženy. Vymenenie mokrej podložky neznamená len dobrý pocit pre matku, ale umožní pôrodníkovi sledovať popôrodnú intenzitu krvácania z rodidiel. Udržiavať novorodenca v teple vrátanie hlavy, patrí medzi štandardné postupy.

Praktické: medzi nami žijú aj ľaváci. Pre nich predpísané vedenie pôrodu v popísanej transportnej polohe môže byť problémom. Alternatívou je klasické uloženie rodičky. Proti smeru jazdy, s nohami k zadným dverám. Pôrodník sa presunie na sedadlo pri zadných dverách. Rodičku má tvárou k sebe a pri pôrode používa ruky

v opačnom garde ako je uvedené v učebniciach. Ľavá ruka = hrádza, pravá ruka = hlavička.

Rodička v ohrození života: ak je život rodičky z akýchkoľvek príčin v ohrození (gestoza, úraz, domáce násilie a pod.), je záchrana nastávajúcej matky prvoradá. Preto poloha na nosidlách musí zodpovedať jej potrebám. Nevyhnutný je dobrý prístup k hlave rodičky a dostatok priestoru pri život zachraňujúcich výkonoch. Rodičku ukladáme do klasickej polohy. Hlavou proti smeru jazdy.

Pôrod pred transportom: ak má rodička pravidelné nutkavé kontrakcie, odtiekla plodová voda alebo je v pošvovom vchode hlavička, odvedieme pôrod na mieste výjazdu.

Pôrod v domácnosti: RZP privolá RLP. Podľa tehotenskej knižky je nutné zistiť odchýlky. Pripraviť pomôcky na pôrod. Upraviť prostredie odložením menších kúskov nábytku. Uložiť rodičku tak, aby sme k nej mali prístup z pravej strany. Ak je málo miesta, treba na opierku dolných končatín použiť menší nábytok (stoličky). Rodičku sterilne vypočložiť, vyšetriť len zrakom. Absolútne tabu je palpačné vyšetrenie rodičky s vcestnou placentou!!! Tento údaj je zaznamenaný v tehotenskej knižke. Dôležitá je komunikácia s rodičkou. Treba ju povzbudzovať. Je potrebné správať sa prirodzene, pretože pôrod je prirodzená záležitosť. Nejde o chorobu. Vedenie pôrodu podlieha štandardnému postupu: pravá ruka, ľavá ruka, ploché uchytenie hlavičky, rotácia hlavičky, predné ramienko, zadné ramienko, telo, nožičky plodu. Nasleduje zakliesnenie a prestrihnutie pupočníka, ošetrovanie novorodenca a ošetrovanie rodičky. Po pôrode je potrebná komunikácia s matkou. Treba ju pochváliť, oznámiť pohlavie dieťaťa, ukázať jej novorodenca a položiť dieťa na jej telo. Dieťa je klzké, treba ho bezpečne uchopiť. Podoprieť hlavičku ramenom, zachytiť popod pliecko a medzi nožičkami. Po ošetrovaní vrátiť matke. Bezodkladne dopraviť do zdravotníckeho zariadenia.

Prepad pupočníka: ide o vyplavenie pupočníka do pôrodných ciest, až pred pošvový vchod. Príčinou je predčasný odtok plodovej vody, priečna poloha plodu, pôrod koncom panvovým. Komplikáciou je stlačenie pupočnej šnúry proti lonovej kosti a tým ohrozenie plodu.

Starostlivosť o rodičku: Trendelenburgova poloha, vitálne funkcie, i. v. linka, sterilné prekrytie pupočníka mokkými štvorcami, zacievkovanie. Sledovať pulzáciu pupočníka a rukou v pošve odsúvať naliehajúcu hlavičku. Rýchly transport do zdravotníckeho zariadenia.

Pôrod koncom panvovým: pripraviť rodičku, sledovať ozvy plodu, nechať pôrodu voľný priebeh, sledovať pulzáciu pupočníka. Pôrodník tvárou k lonu rodičky vytvorí z proti sebe postavených dlaní „kalich“, do ktorého dosadá zadoček plodu. Dvomi prstami vloženými do pošvy kontroluje pulzáciu pupočníka. Pri rodení hlavičky drží dieťa oboma rukami za nohy. Hlbokým oblúkom ho nakláňa nad brucho matky. Dieťa neľahá, len pridfža. Vo väčšine prípadov je potrebné odsatie dýchacích ciest novorodenca. Postup odsávania je nutné dodržať: dutina ústna, nosohltan, nos. Nasleduje ošetrovanie novorodenca, ošetrovanie rodičky a transport do zdravotníckeho zariadenia.

Na záver jedno moje pranie. Ak záchranár natrafí na bábätko, ktoré sa rozhodlo, že prvé čo chce vidieť je vybavenie sanitky a tvár pôrodníka vo farbách jeho „karosérie“, nech má aspoň veľa empatie. Nech nevybočuje z normálu. Nech nezvyšuje svojim príchodom na svet už aj tak vysokú hladinu adrenalínu u záchranára. Nech má jeho matka pružnú hrádzu, nech ochotne spolupracuje a je disciplinovaná. Toto prajem nielen záchranárom, ale všetkým pôrodníkmi „prvôstkami“.

Príloha fotografií:



Pomôcky na pôrod



Celkový pohľad do vozidla



Uloženie a pripútanie rodičky



Poloha rúk: pravá ruka, ľavá ruka



„Zapletenie rúk“



Odstavenie vozidla, signalizácia



Uloženie a vypodloženie rodičky



Vedenie pôrodu



Použitie stoličiek



Bezpečné uchopenie novorodenca



Prepad pupočníka



Počúvanie oziev



„Kalich“ z dlaní



Hlboký oblúk nad brucho rodičky



Odsávanie novorodenca

Radostné ukončenie pôrodu



„matka“ hrdinka po úspešnom pôrode tancuje



šťastní „rodičia“ – Lucky už skáče otcovi po hlave

Zoznam použitej literatúry:

1. BENIAK, M., JANOTKA, M., ROSIVAL, L., VALENT, M. a kol.: Zdravoveda, 2. prepracované a doplnené vydanie, Martin: Osveta, 1989, ISBN 80-217-0013-0.
2. DOBIÁŠ, V.: Urgentná zdravotná starostlivosť. Martin: Osveta, 2006, ISBN 8063-214-6.
3. DOBIÁŠ, V. a kol.: Prednemocničná urgentná medicína. Martin: Osveta, 2007, ISBN 978-80-8063-255-7.
4. DRÁBKOVÁ, J.: Medicína naléhavých a kritických stavu, Vádemékum pro sestry. 2. opravené vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví v Brne, 1992, ISBN 80-7013-115-2.
5. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. a kol.: Přednemocniční neodkladná péče. 2. přepracované vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oboru v Brne, 2003, ISBN 80-7013-379-1

6. Kolektív: Gynekologie a porodnictví, 1. vydání, Avicenum, zdravotnícke nakladateľství, n. p., Praha, 1987, 08-006-87
7. KOVALČÍK, J.: Urgentná medicína, Martin: Osveta, 1993 ISBN 80-217-0569-8
8. KUŠÍK, S., KAISER, P. a kol.: Predpisy o cestnej premávke a skúšobné testy. Bratislava: DLX Slovakia, 1998, ISBN 80-900972-4-5.
9. Použité fotografie: autorka

Kontakt:

Helena Balážiková
ZZS NsP Prievidza
so sídlom v Bojniciach

MULTIDISCIPLINARITA A PACIENT

Andrea Bratová
Jozefína Bančejová
Monika Mankovecká
Ľuboš Pecho
Jarmila Torišková

UKF Nitra, FNLP Košice, UKF Nitra, FN Nitra, ZZS – IRS Nitra

Abstrakt

Zdravotníctvo má najkrajšie humánne poslanie – slúži človeku, udržiavať a upevňovať jeho zdravie, ale podieľať sa aj pri navrátení zdravia ako aj pri jeho bezprostrednej náhlej zmenene, kedy je ohrozený život človeka, zdravotníctvo poskytuje zdravotnú starostlivosť a jeho poskytovatelia sú povinný nepretržite zabezpečovať systém kvality na dodržiavanie a zvyšovanie kvality. Boli prijaté opatrenia aby sa zabezpečila i kontinuálna ošetrovateľská starostlivosť a jej chronologický prehľad. Predmetom nášho príspevku je kazuistika, kde prezentujeme starostlivosť o pacienta u ktorého bol ohrozený život. Naším cieľom bolo poukázať na význam spolupráce zdravotníckych pracovníkov, laickej verejnosti medicínskych odborov, v prípadoch keď je ohrozený život človeka.

Kľúčové slová: Urgentná starostlivosť. Zdravotná starostlivosť. Kontinuita. Multidisciplinarita.

Záchranná reťaz je silná silou najslabšieho ohnivka. Týmto najslabším ohnivkom je úroveň laickej, ale i odbornej verejnosti v poskytovaní adekvátnej pomoci pri ohrození životných funkcií.

Urgentná lekárska starostlivosť poskytovaná vo vysokej kvalite, by mala byť dostupná každej osobe v núdzi, v každej situácii v každom čase. Predpokladom sú vhodné spôsoby a systematizácia starostlivosti ľudí s akútnym ochorením prípadne úrazom. Urgentná medicína si vyžaduje koordináciu viacerých medicínskych zložiek preto je tu dôležitá multidisciplinárna spolupráca v rámci medicíny. Najdôležitejším mottom pre nás zostáva zmierňovanie utrpenia postihnutých. Včasná a cielene vhodná koordinovaná starostlivosť veľkou mierou zníži skorú a neskorú mortalitu vzniknutom pri náhlom ochorení alebo úraze.

Anestéziológia a intenzívna medicína je interdisciplinárnym a základným odborom v liečebno-preventívnej starostlivosti, ktorý skúma a poskytuje anestetickú, resuscitačnú a intenzívnu starostlivosť. Pri poskytovaní anestéziologickej starostlivosti a pri aplikácii princípov intenzívnej medicíny spolupracuje s operačnými a neoperačnými odborníkmi.

Anestéziologickou starostlivosťou sa zabezpečuje bezbolestné vykonávanie diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy. Intenzívna medicína zabezpečuje starostlivosť a liečbu kriticky chorých u ktorých hrozí zlyhanie, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánových systémov.

Odbor anestéziológia a intenzívna medicína sa tiež podieľa na organizačnom a prevádzkovom zabezpečovaní urgentnej prednemocničnej a nemocničnej starostlivosti.

OAIM má multidisciplinárny charakter práce, predstavuje najvyšší stupeň diferencovanej starostlivosti a preto vyžaduje úzku spoluprácu s: všetkými operačnými i neoperačnými odborníkmi, spoloč. vyšetrovacími a liečebnými zložkami s nepretržitou dostupnosťou.

Kazuistika

37 ročný pacient sa pri práci s motorovou pílou pošmykol a padol, neuzatvorila sa mu poistka na píle, následne si porezal krk pílou. Svokor zraneného bol pri nešťastí, volal na KOS krajské operačné stredisko (KOS), kde ho operátorka viedla k správnejmu a rýchlemu poskytnutiu laickej prvej pomoci. KOS avizoval rýchlu lekársku pomoc (RLP) Optimus. K pacientovi vyrazila posádka, v teréne však zapadla, pretože bolo po intenzívnom daždi a miesto nešťastia sa nachádzalo v nedostupnom teréne, na miesto úrazu pre nedostupnosť terénu a hustý lesný porast musel byť privolaný i vrtuľník leteckej záchranej zdravotnej služby, pre nedostupnosť terénu sa lekár zlanil k pacientovi. Lekárom RLP bola ihneď po ich príchode na mieste nešťastia naložená ligatúra na krvácajúcu cievu. Pacient bol stále pri vedomí, komunikujúci, spontánne dýchajúci, hypotenzný, šokový, podchladený. Pacienta pri príchode do FN Nitra, čakala RZP IRS (rýchla záchranná pomoc) na heliporte, kde následne s lekárom letecká záchranná zdravotná služba (LZZS) urgentne pacienta transportovali na operačnú sálu. Na operačnej sále zaintubovaný, v celkovej anestézii absolvoval revíziu operačnej rany (13 cm v trigonum submandibulae l. dx.), hemostáza. Peroperačne podpora cirkulácie

Noradrenálínom, podané 5 x erytrocytárna masa (EM) (0 Rh neg.), 4 x čerstvá mrazená plazma (ČMPZ). Počas operačnej revízie ošetrované cievy na krku, pacient v šokovom stave. Po operácii bol pacient prijatý na KAIM s UPV, postupne sa znižovali dávky Noradrenalínu. Po 24 hodinách preklad na JIS KAIM. Po 48 hodinách preklad na traumatologické oddelenie, kde po 2 dňovej hospitalizácii na traumatologickom oddelení bol pacient následne prepustený do ambulantnej starostlivosti.

Čas hlásenia na KOS

- **16,17 hod.** príjem hlásenia a zranení s pílou, operátorka naviguje príbuzného zraneného, aby zranenému tlačil na krk a tým zastavil krvácanie a poskytoval laickú prvú pomoc.

Čas nahlásenia udalosti RLP Optimus

- **16,18,32 hod.** nahlásenie udalosti, zranený mladý muž, ktorý sa nešťastne pošmykol pri práci s motorovou pílou a neuzavrela sa mu poistka na píle, v lese v obore, ktorá mu poranila krk, počas príchodu na miesto sa RLP, team dohodol s KOS, že ak bude pacientov stav vážny ihneď budú kontaktovať LZSS, ďalej FN Nitra – oddelenie operačných sál.
- **16,19 hod.** výjazd posádky, čakal ich tam chlapec aby im ukázal miesto kde sa zranený nachádzal.
- **16,30 hod.** príchod na miesto nehody, 5 – 7 min. intenzívny beh, posádka RLP zistila, že pacient má poranenú venu juguláris externu, ošetrovanie pacienta avizovanie KOS o zaktivovaní LZSS.

Po príchode zaistenie pacienta 2 x venóznym vstup (šedá, zelená intravenozná linka), pacient komunikuje, pri vedomí, podchladený, podané: 0,9 % NaCl 1000 ml, Voluven 1000 ml, Ringerov roztok 500 ml, podaný bol 1 gr. Novalginu.

Tlak krvi u pacienta bol nemeateľný, pulz 86', pulz 109', saturácia O² v krvi 99%, Glasgow Coma Scale (GCS) 15.

Nakoľko nedostupnosť terénu nedovoľovala aby sa posádka ošetrila pacienta na mieste zranenia, pretože bol to terén v lese v obore pre zvieratá, RLP zapadla v teréne, preto museli s všetkou potrebnou výbavou bežať približne ¾ km po poli do lesa, zranený sa nachádzal v strede lesa. Posádka požila obväzový materiál, vo veľkom množstve, lekár použili ligaturu na prerezanú cievu, peán. Príchod LZSS avšak pre nevhodnosť terénu. Pre hustý lesný porast, je problém nájsť miesto výzvy pre LZSS,

vyslaný člen rodiny na okraj lesa aby na okraji naviedol vrtuľník ku zranenému nedostupnosť terénu nedovoľovala prilet. Preto sa k pacientovi spúšťa lekár z LZSS na lane.

Pacient bol podchladený, v šokovom stave, po doplnení objemu tekutinami, pacient začína viac krváčať, pociťuje väčšiu triašku, začína si uvedomovať čo sa stalo.

- **17,00 hod.** odovzdanie pacienta LZSS

V priebehu ošetrovania prišli zložky HaZZ (Hasičský a záchranný zbor) a PZ (Policajný zbor), pomohli teamu RLP preniesť pacienta v sieti 50 m na čistinu v ktorej ho transportovali do vrtuľníka.

Lekár v LZSS avizoval FN Nitra – oddelenie centrálnych operačných sále, aby sa pripravila operačná sála pre pacienta, ktorého priamo prinesú na operačnú sálu.

Príprava vo FN počas transportu LZSS prebiehala intenzívne pripravil sa jeden anestéziologický team s pripravením anestéziologického prístroja, množstva roztokov, zaavizovania transfúznej stanice, kde sa pripravili EM (0 Rh neg.), ČMPZ, popri tom sa ukončil operačný program na inej sále a tak sa pridal k teamu ešte jeden team (2 anestéziologický lekár, 2x anestéziologická sestra), traumatológ, 2 cievny chirurgovia. Čakajú na prilet vrtuľníka.

- **17,16,35 hod.** IRS RZP hlásenie z KOS, že majú transportovať pacienta s poranením krku s heliportu na oddelenie operačných sál vo FN Nitra.
- **17,17 hod.** výjazd RZP posádky k heliportu vo FN Nitra.
- **17,20 hod.** RZP preberá pacienta posádkou LZSS a v spolupráci s lekárom LZSS transport na OP sálu, ktorý pacientovi rukou držal poranené miesto.
- **17,30 hod.** príchod na operačnú sálu, GCS 15.
- **17,40 hod.** začiatok operácie, intubácia pacienta na OP sále, použité: Sufenta, Thiopental, Succinylcholinjodid, 0,9 % NaCl 1000 ml, Voluven 500 ml, 5 x EM (0 Rh neg.), 4 x ČMPZ. Pacient je cirkulačne stabilizovaný s veľkými krvnými stratami.
- **19,10** koniec operačného výkonu.
- **19,20** preklad pacienta na KAIM.

Dg.: Vulnus scissum coli submandibulare l. dx., Stp. revízií, hemostáze. Stp. hemoragickom šoku.

Kazuistika v našom prípade mala šťastný koniec, vďaka spolupráci všetkých zložiek a multidisciplinárnej spolupráci pacient odišiel do domáceho ošetrovania spokojný a usmiaty. Pre pacienta v našej kazuistike „Život je neobyčajný a chuť každého momentu neopakovateľná“!

Použitá literatúra

1. DOBIAŠ, V. 2006. Urgentná zdravotná starostlivosť. Martin : Osveta, 2006. 160 s. ISBN 80-8063-214-6.
2. DOBIAŠ, V. et. al. 2007. Prednemocničná urgentná medicína. Martin : Osveta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.
3. LARSEN, R. 2004. Anestezie 7. prepracované a rozšírené vydanie. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.
4. POKORNÝ, J. et. al. 2004. Urgentná medicína - 1. vydanie. Praha 5 : Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5.
5. Dokumentácia pacienta

**UPLATNENIE ABSOLVENTOV BAKALÁRSKEHO ŠTÚDIA UNIVERZITY
KONŠTANTÍNA FILOZOFA ŠTUDIJNÉHO ODBORU: ZDRAVOTNÍCKY
ZÁCHRANÁR**

**Dana Brázdilová
Monika Mankovecká
Andrea Bratová**

Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá tým ako sa absolventi študijného odboru v rokoch 2007 – 2008 uplatnia na trhu práce, aké je ich pracovné zaradenie a či po absolvovaní externej formy štúdia dochádza k zmene pracovného zaradenia. Absolventi študijného odboru zdravotnícky záchranár (bakalárske štúdium) sú schopní samostatne vykonávať činnosti a výkony neodkladnej predlekárskej starostlivosti, život zachraňujúce činnosti, ku ktorým ich oprávňujú kompetencie stanovené všeobecne záväznými právnymi predpismi. Ďalej sa zameriavame na zistenie, či sú absolventi schopní aplikovať a využívať získané vedomosti a schopnosti v praxi, prijímať riziko, niesť zodpovednosť a komunikovať na profesionálnej úrovni, participovať a zúčastňovať sa na výskumnej činnosti v záchranej zdravotnej službe.

Kľúčové slová: Zdravotnícky záchranár. Uplatnenie. Vedomosti. Zručnosti.

Študijný program Urgentná zdravotná starostlivosť 7.4.6 sa na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre študuje od akademického roku 2004/2005. Štúdium prebieha na pôde UKF, Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva, presnejšie na Katedre klinických disciplín a urgentnej medicíny, najskôr len v externej forme, neskôr už aj v dennej forme štúdia. Tento študijný odbor patrí do sústavy študijných odborov, spravovaných Ministerstvom školstva SR, ako oblasť poznania (§ 50 ods. 1 zákona č. 131/2002), v ktorej absolvent študijného programu nadobudne profesionálnu spôsobilosť vykonávať svoje pôvodné povolanie. Zatiaľ je v Slovenskej republike možné tento odbor študovať na viacerých stredných a vysokých školách.

Na našej univerzite (čo je zhodné aj s inými školami) je možné študovať iba v I. stupni vysokoškolského štúdia: I. stupeň = bakalár. Dĺžka štúdia je v trvaní 3 roky (zhodne pre obe formy štúdia – teda denná forma, externá forma).

Absolventi študijného odboru zdravotnícky záchranár (bakalárske štúdium) sú schopní samostatne vykonávať činnosti a výkony neodkladnej predlekárskej starostlivosti, život zachraňujúce činnosti, ku ktorým ich oprávňujú kompetencie stanovené všeobecne záväznými právnymi predpismi. Po ukončení štúdia majú absolventi viaceré možnosti pri svojom uplatnení na trhu práce a to:

- **profesionálny záchranár** v jednotlivých zložkách Integrovaného záchranného systému,
- **člen dispečingu** tiesňového volania Integrovaného záchranného systému,
- **pracovník** stanice rýchlej zdravotníckej pomoci,
- zdravotnícky pracovník na oddeleniach urgentnej starostlivosti, OAIM.

Pretože nás zaujímalo ako sa naši absolventi po ukončení štúdia dokážu uplatniť, vypracovali sme projekt (pod značkou Projekt CGA VII/1/2008) pod názvom: Uplatnenie absolventov bakalárskeho štúdia UKF študijného odboru: Zdravotnícky záchranár. Dĺžka trvania projektu je 3 roky. Na jeho základe sme vypracovali anketu, kde sme si stanovili nasledovné úlohy:

- zistiť, či sú absolventi schopní aplikovať a využívať získané vedomosti a schopnosti v praxi,
- zistiť, či sú absolventi schopní prijímať riziko, niesť zodpovednosť,
- zistiť či sú absolventi schopní komunikovať na profesionálnej úrovni.

Zber údajov prebiehal v mesiacoch január - marec 2009. Anketa obsahovala 8 otázok, z tohto počtu boli štyri otvorené a štyri uzatvorené otázky.

Prví absolventi ukončili štúdium v akademickom roku 2006/2007 v externej forme štúdia. Ich počet bol 48. Z celkového počtu absolventov bolo zdravotníkov 93,75% a zamestnaných v ostatných príbuzných profesiách 6,25%. Skupinu zdravotníckych pracovníkov tvorili nasledovné profesie: operátor IZS, zdravotnícky záchranár, letecká záchranná služba a HZU Bratislava.

V nasledujúcom akademickom roku 2007/2008 ukončilo štúdium v externej forme štúdia 44 absolventov. Z toho zdravotníkov 70,45% a ostatné príbuzné profesie boli zastúpené v celkovom počte 29,55%. V tomto akademickom roku ukončili štúdium aj študenti dennej formy štúdia v celkovom počte 37 absolventov. V prípade externej

formy štúdia išlo o študentov, ktorí boli zamestnaní v odbore (prípadne príbuznom odbore). V prípade denných študentov je však situácia iná a preto nás zaujímalo:

- kde sa po ukončení štúdia zamestnali, resp. koľko študentov sa zamestnalo v odbore po ukončení štúdia,
- aké poznatky získané počas štúdia využívate vo svojej praxi
- či si študenti myslia, že sú schopní niesť zodpovednosť a prijímať riziko,
- či sú pripravení (schopní) lepšie prijímať psychickú záťaž,
- či sú schopní komunikovať na profesionálnej úrovni.

Zistili sme, že u absolventov externého štúdia je zmena zamestnania – nevýznamná len 5,43% študentov zmenilo zameranie v odbore a k zmene pracovného zaradenia po ukončení štúdia došlo 7,61% prípadov.

Z radov absolventov denného štúdia sa do našej ankety zapojilo sa 94,6% študentov z celkového počtu 37 absolventov. V pracovnej pozícii zdravotnícky záchranár sa zamestnalo 65,71%; zamestnanie v príbuznom odbore má 8,57% (ARO, JIS) a zamestnanie mimo odbor 5,71%.

Na otázku využívania poznatkov získaných počas štúdia, študenti odpovedali, že vo svojej práci využívajú získané poznatky uvedené v percentách z teoretickej oblasti 74,28% a praktické zručnosti 79,98%. Na otázku pripravenosti na prijímanie rizika a zodpovednosti v práci absolventi odpovedali, že škola ich dostatočne pripravila 76,99%; získal som túto zručnosť aj počas praxe 34,29% a škola nás nepripravila dostatočne odpovedalo 5,71%. Na otázku pripravenosti na zvládanie psychickej záťaže v práci absolventi odpovedali, že ich škola dostatočne pripravila 91,43%; ovplyvnenie z vlastnej praxe udáva 42,86% a škola nás nepripravila dostatočne (resp. nemyslím si, že sa dá na to pripraviť dostatočne počas štúdia) absolventi uviedli 2,86%. Na otázku vyjadrenia schopnosti komunikovať na profesionálnej úrovni v práci absolventi odpovedali, že škola ich dostatočne pripravila 97,14%; rozvoj komunikačných zručností trénuje aj v praxi 85,71% a k otázke sa nevyjadriло 2,86%.

Prezentované údaje tvoria súbor predvýskumnej časti projektu. Údaje sú hodnotené zo subjektívneho hľadiska oslovených respondentov. Ďalšie výsledky budú ovplyvnené ponukou nových pracovných miest a možnosťami nasýtenia trhu práce.

Kontakt:

PhDr. Dana Brázdilová
UKF, FSVaZ, KKDaUM
Kraskova 1, 949 01 Nitra

ZDRAVOTNÍCKY ZÁCHRANÁR NA ODDELENÍ ANESTÉZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY

Luboš Pecho
Andrea Bratová

FN Nitra, KAIM
Katedra klinických disciplín a Urgentnej medicíny,
Fakulta Sociálnych vied a Zdravotníctva, UKF v Nitre,
Internacionál Resuce Systém – Záchranná zdravotná služba

Abstrakt

Zdravotnícky záchranár je kvalifikovaný zdravotnícky pracovník, ktorý samostatne, pod dohľadom lekára a na jeho odporúčanie vykonáva činnosti v preventívnej, liečebnej a edukačnej starostlivosti. Autori ponúkajú pohľad na Zdravotníckeho záchranára na jeho odborné vedomosti, zručnosti a schopnosti uplatnenia sa nie len v Záchrannej zdravotnej službe, ale aj na Oddelení Anestéziológie a intenzívnej medicíny. Pričom vyzdvihujú samotný prínos pre oddelenia a súčasný legislatívny stav na Slovensku.

Kľúčové slová: Zdravotnícky záchranár. Oddelenie Anestézie a intenzívnej medicíny. Záchranná zdravotná služba.

Anestéziológia a intenzívna medicína je relatívne mladý medicínsky odbor, ktorý sa samostatne koncipoval v posledných desaťročiach a jeho náplňou je zaistenie starostlivosti a liečby pacientov, ktorý sú v ohrození života.

Oddelenie Anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) zabezpečuje Anestéziu pre chirurgické odbory, resuscitačnú starostlivosť pre všetky oddelenia, liečbu kriticky chorých pacientov čiže intenzívnu starostlivosť. Samotnú pôsobnosť oddelenia môžeme rozdeliť do troch skupín:

1. Ambulancia predoperačných vyšetrení – poskytuje anestéziologické vyšetrenie a hodnotenie pacienta pred chirurgickým a diagnostickým výkonom (Anestéziologická ambulancia).
2. Úsek Anestéziológie – poskytuje všetky typy anestézie pre chirurgické a diagnostické výkony. Zabezpečuje bezbolestné vykonávanie diagnostických a liečebných výkonov

operačnej a neoperačnej povahy v celkovej i regionálnej anestézii a predoperačnej prípravy pokiaľ si to stav pacienta vyžaduje.

3.Úsek Intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti – tvorí lôžková časť, na ktorej sa zabezpečuje intenzívna a resuscitačná starostlivosť kriticky chorých pacientov u ktorých došlo, alebo hrozí zlyhanie základných životných funkcií. Poskytuje sa tu starostlivosť pacientom, ktorí vyžadujú umelú pľúcnu ventiláciu a podporu ostatných vitálnych funkcií. Jedna sa najmä o stavy po resuscitáciách, poúrazové a pooperačné stavy, intoxikácie, náhle život ohrozujúce príhody a podobne.

Personál, ktorý zabezpečuje prevádzku OAIM pozostáva z lekárov s atestáciou a lekári bez atestácie, sestier s rôznym stupňom vzdelania, sestry s vysokoškolským vzdelaním v odbore Ošetrovatel'stvo Bc., Mgr. stupňa, sestry so stredoškolským vzdelaním ukončené maturitou a s vyšším odborným vzdelaním všeobecná diplomovaná sestra, prípadne so špecializáciou na Anestéziu a intenzívnu medicínu, zdravotnícky asistentov, pomocného zdravotníckeho a zdravotníckeho personálu - sanitári a v súčasnosti sa členmi tímu stavajú aj Zdravotnícky záchranári (ZZ) absolventi Bc. štúdia Urgentná zdravotná starostlivosť.

Zdravotnícky záchranár je kvalifikovaný zdravotnícky pracovník, ktorý samostatne, pod dohľadom lekára a na jeho odporúčanie vykonáva činnosti v preventívnej, liečebnej a edukačnej starostlivosti. Zdravotnícky záchranár vykonáva vysokoodborné zdravotnícke a záchranárske činnosti v rámci urgentnej a intenzívnej medicíny, asistuje lekárovi pri výkonoch a postupoch v neodkladnej starostlivosti, vedie dispečing Stanice rýchlej zdravotníckej pomoci, spolupracuje pri likvidácii zdravotných následkov v mimoriadnych podmienkach, spolupracuje s ďalšími tiesňovými a pohotovostnými službami v rámci Integrovaného záchranného systému, tvorivo usmerňuje formovanie vlastnej osobnosti najmä v smere sebauvedomovania, zvláda metódy výchovy so zameraním na výchovu k zdraviu. Zdravotnícky záchranár:

- dokáže samostatne myslieť a pohotovo reagovať, cieľavedome, rýchle, rozvážne a rozhodne konať, pozná právnu zodpovednosť v súvislosti s výkonom svojej profesie,
- v mimoriadnych krízových situáciách vie pohotovo poskytnúť adekvátnu záchranu a predlekársku prvú pomoc, vrátane jednotlivých špeciálnych výkonov, kompletne ovláda poskytovanie predlekárskej PP,
- sústavne získava odborné poznatky a dbá o svoj osobný rast, aplikuje a využíva získané vedomosti a schopnosti v praxi,

- je schopný vykonávať zmeny, prijímať riziko, niesť zodpovednosť, vedieť improvizovať,
- komunikuje v pracovnej činnosti na profesionálnej úrovni.

Vykonáva:

- vysokoodborné zdravotnícke a záchranárske činnosti v rámci urgentnej a intenzívnej medicíny, asistuje lekárovi pri výkonoch a postupoch v neodkladnej starostlivosti,
- vedie dispečing záchranej zdravotnej služby, ev. dispečing chorých a ranených,
- spolupracuje pri likvidácii zdravotných následkov v mimoriadnych podmienkach,
- spolupracuje s ďalšími tiesňovými a pohotovostnými službami v bežných podmienkach a v rámci Integrovaného záchranného systému,
- má technické vedomosti a zručnosti s rádiokomunikačnej, telekomunikačnej a počítačovej techniky a využíva ich v systéme Integrovannej záchranej služby,
- ovláda vybavenie vozidiel záchranej služby, udržiavanie a obsluhu tohto vybavenia, ovláda vedenie motorových vozidiel skupiny „B“.

Uplatňuje sa:

- v jednotlivých zložkách Integrovaného záchranného systému v záchranej praxi,
- v prednemocničnej urgentnej starostlivosti, na centrálnom príjme, v urgentnej ambulancii, na oddeleniach resuscitačnej a intenzívnej starostlivosti, na Jednotkách intenzívnej starostlivosti (JIS),
- v riadení, vo výskume, vo výchove a vzdelávaní,
- v zdravotníckych činnostiach ozbrojených zložiek, v požiarnom zbore, v ďalších zložkách činných v záchrane zdravia a života.

Legislatívne postavenie Zdravotníckeho záchranára.

V súčasnosti o povolanií ZZ hovorí najmä vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z.z. O rozsahu praxe niektorých zdravotníckych povolaniach, ktorá ustanovuje rozsah praxe Zdravotníckeho záchranára v Záchranej zdravotnej službe (ZZS). Pričom presne určuje činnosti ktoré môže záchranár vykonávať ako člen Rýchlej lekárskej služby, Rýchlej zdravotnej služby, Mobilnej intenzívnej jednotky, Leteckej záchranej služby. Vyhláška

č. 30/2006 MZ SR, ktorá ustanovuje podrobnosti o Záchrannej zdravotnej službe. Definuje jednotlivé zložky Záchrannej zdravotnej služby, personálne, materiálne - technické vybavenie, umiestnenie staníc a ostatné náležitosti.

Spomínaná legislatíva však nehovorí o možnosti uplatnenia ZZ na OAIM. Často krát samotný riadiaci a vedúci pracovníci v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach, nevedia akým spôsobom zaradiť a právne ošetriť postavenie ZZ na OAIM. Čo si myslíme, že je veľmi na škodu. Mali by sme si zobráť príklad z Českej republiky, kde je legislatíva v tejto problematike na trošku lepšej úrovni, keďže tam platí novelizovaný zákon č.96/ 2004 Z.z. O nelekárskych zdravotníckych povolaniach, ktorí umožňujú pracovníkom spĺňajúcim podmienky k výkonnému povolaniu ZZ pracovať na OAIM.

Prínos Zdravotníckeho záchranára pre OAIM:

- je kvalifikovaný zdravotnícky pracovník,
- pozná ošetrovateľský proces na OAIM, a prevádzku oddelenia z dôvodu, že väčšiu časť odbernej praxe absolvoval počas štúdia na OAIM a JIS oproti iným členom personálu oddelenia,
- ovláda odborné vedomosti, zručnosti teoreticky a prakticky z prednemocničnej neodkladnej starostlivosti, ale aj následnej nemocničnej intenzívnej starostlivosti plne teoreticky, čiastočne aj prakticky,
- má chuť pracovať na svojom odbornom raste, oboznamovať sa s novými poznatkami a praktickými zručnosťami,
- jeho zaradenie do personálu oddelenia umožňuje prekryť súčasný nedostatok kvalifikovaných sestier,
- je schopný vykonávať pracovné povinnosti nie len pod dohľadom lekára ale aj samostatne, je samostatný,
- ovláda komunikáciu s pacientmi, príbuznými, pozostalými čo vyplýva z jeho poznatkov z komunikácie a psychológie, ale aj komunikáciu so spolupracovníkmi. Ktorá zlepšuje pracovné vzťahy a utužuje kolektív.

Prínos práce na OAIM pre ZZ.:

- dopĺňa si svoje odborné vedomosti a hlavne zručnosti z problematiky Intenzívnej starostlivosti,
- oboznamuje sa prakticky s následnou nemocničnou starostlivosťou, ktorá nadväzuje na prednemocničnú urgentnú starostlivosť,

- získava zručnosti a vedomosti v ovládaní ošetrovateľskej starostlivosti, ošetrovateľského procesu a vedení ošetrovateľskej dokumentácií,
- získava neoceniteľnú odbornú prax pre svoj odborný rast a pevne základy, z ktorých môže čerpať vo svojej ďalšej praxi,
- zlepšuje si svoju komunikáciu medzi pacientom ale aj komunikáciu v pracovnom kolektíve,
- učí a sa vytvárať pozitívne vzťahy vo väčšom kolektíve spolupracovníkov,
- táto práca poskytuje ZZ veľkú dávku adrenalínu, podobne ako aj práca ZZ v Záchrannej zdravotnej službe. Adrenalín je vlastne veľakrát spúšťač prečo sa človek rozhodne pracovať v ZZS.

Každá minca ma dve stany podobne aj zaradenie Zdravotníckeho záchranára do tímu personálu na OAIM. Pravda týchto nevýhod je len minimum. ZZ sa po určitom období rozhodne realizovať a uplatniť vo svojom pôvodnom odbore Prednemocničná urgentná starostlivosť. No stáva sa však, že ZZ sa rozhodne pre prácu čiastočne na úväzok na OAIM a zároveň pracuje aj ZZS.

Podobne aj pre Zdravotníckeho záchranára práca na OAIM prináša nevýhody no aj tých je minimum. Dochádza k strate priameho kontaktu s prednemocničnou starostlivosťou (PNS) a s novými trendmi v PNS. Práca v ZZS je finančne výhodnejšia ako na OAIM.

Záverom môžeme povedať, že Zdravotnícky záchranár sa v súčasnosti postupne stáva členom personálu pracujúcim na OAIM, ktorý ho vníma z nedôverou. Predstavuje prínos pre samotnú prevádzku oddelenia a v súčasnosti umožňuje prekryť nedostatok kvalifikovaných zdravotných sestier. Musíme však poukázať, že Slovenska legislatíva a odborná verejnosť ešte nie je na túto realitu plne pripravená. Veríme však, že samotný Zdravotnícky záchranár si svojimi odbornými vedomosťami, zručnosťami a prístupom k práci zaslúži postavenie kvalifikovaného zdravotníckeho pracovníka na OAIM.

Kontakt:

Bc. Ľuboš Pecho
 Fakultná Nemocnica Nitra
 Klinika Anestéziológie a intenzívnej medicíny
 Špitálska 6
 Nitra, 949 60
lubos.pecho@post.sk

PODÁNÍ SPINÁLNÍ ANESTEZIE Z POHLEDU PACIENTKY – ZDRAVOTNÍ SESTRY

Lenka Neumannová

SMN Nemocnice Šternberk, Česká republika

Abstrakt

Císařský řez je indikován v mnoha případech, kdy je ohroženo zdraví nejen matky, ale i dítěte, jde tedy zároveň o dva lidské životy. Je to nitrobřišní výkon, kde znecitlivění je třeba volit tak, aby zajistilo bezpečnost rodičky i plodu a pohodlí operátora. V úvahu přichází způsob celkové anestézie-zpravidla intubační se svalovou relaxací, anebo některý ze způsobů anestézie neuroaxiální-epidurální či spinální a to jednorázová či kontinuální.

Klíčová slova: Císařský řez. Celková anestézie. Neuroaxiální anestezie.

Vážené kolegyně, vážení kolegové, dovoluji mi, abych se s Vámi podělila o vlastní zkušenosti při podání spinální anestézie.

Nejprve něco málo o mě a mé práci. Na ARO pracuji od roku 1989, kam jsem nastoupila přímo po maturitě na střední zdravotnické škole, následně po 3 letech praxe jsem ukončila PSS v oboru ARIP a v roce 2001 úspěšně absolvovala bakalářské studium ošetrovatelství. V oboru tedy pracuji 20 let. Nyní jsem ještě na MD s mladší dcerou, ale na poloviční úvazek opět pracuji. 15 let jsem byla přítomna podávání anestézie a vše znala pouze z literatury a najednou jsem měla možnost teoretické znalosti z literatury poznat v praxi sama na sobě.

Co je vlastně císařský řez a co obnáší? Je to nitrobřišní výkon, kde znecitlivění je třeba volit tak, aby zajistilo bezpečnost rodičky i plodu a pohodlí operátora. V úvahu přichází způsob celkové anestézie-zpravidla intubační se svalovou relaxací, anebo některý ze způsobů anestézie neuroaxiální-epidurální či spinální a to jednorázová či kontinuální.

Spinální anestézie - spočívá v aplikaci vhodného lokálního anestetika do subarachnoidálního prostoru, tj. že tenká jehla musí proniknout tvrdou plénou a pavučnicí. Otvorem po punkci uniká mozkomíšní mok do epidurálního prostoru, může vzniknout pokles mozkomíšního tlaku a tím bolesti hlavy.

Pro rozsah znečitlivění má význam hustota podávané látky: hyperbarická (ARTIKAIN%, BUPIVAKAIN 0,5% HEAVY) hypobarická (dnes se již nepoužívá) a izobarická (BUPIVAKAIN 0,5%-do epidurálu)

Indikací jsou akutní i plánované výkony.

Kontraindikací-degenerativní míšňí choroby.

Komplikace:ovlivnění krevního oběhu,dechů,a fyziologických funkcí je možné, ovšem celková toxicita nepřichází v úvahu,dále postpunkční bolesti hlavy.

V dubnu 2005 jsem podstoupila 1 císařský řez. Jednalo se o první těhotenství, které muselo být z důvodu hrozící preeklampie ukončeno v 36. týdnu gravidity císařským řezem. Již asi 10 dnů před výkonem jsem byla hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení pro hypertenzi 140-150/90-100. Hypertenze byla korigována Dopegytem p.o, ale i přes medikaci TK neklesal. Po podrobných vyšetřeniích, UZ, DOPLER, oční, funkční vyš.ledvin, atd.....lékaři rozhodli o ukončení těhotenství císařským řezem. Jako ZS pracující v oboru ARO jsem si přála spinální anestézii z důvodu, abych mohla dítě ihned vidět po narození. Byla jsem ovšem také velmi zvědavá jak anestézie působí, jelikož 15 let jsem pacientkám povídala znalosti jen z literatury a nyní jsem měla možnost vyzkoušet to sama na sobě. Ráno v den výkonu mi byla zajištěna periferní žilní linka flexibilní kanylou a podáno 1000ml FR během 1 hodiny. Byla jsem zacévkována a připravena k výkonu. Na operačním sále po klasické přípravě v poloze vsedě s nohama svěšenýma z operačního stolu a vytvoření tzv.kočíčího hřbetu mi byla anesteziologem v místním znečitlivění provedena punkce subarachnoidálního prostoru a poté do něj aplikována směs chirocainu a sufentanilu (2,7ml+10ug). Po chvíli jsem začala pociťovat nástup anestézie a to od stehů směrem k palcům nohou. Nohy byly těžké, teplé a bezvládné a mravenčily. Byla jsem uložena do polohy na zádech s vypodložením pravého boku aby nedocházelo k útlaku HDŽ a nepolohována do mírné Trendelenburgovy polohy, po chvíli mě zpět uložili do polohy vodorovné a po dezinfekci a zarouškování byl proveden samotný výkon, který trval asi 45 minut čistého času. Zhruba do 5 minut po aplikaci anestetika došlo u mě k poklesu TK na 70/50, po podání EPHEDRINU do infúze se TK stabilizuje a udržuje na hodnotách 110-120/70 během celého výkonu. I přes tento pokles mi nebylo zle, necítila jsem pocit na zvracení. Anestézie byla velmi komfortní a přetrvávala ještě 2 hodiny po skončení operace. Poté se postupně začala obnovovat hybnost a citlivost nohou a to nyní od palců směrem nahoru. Analgetický účinek anestézie ovšem přetrvával ještě asi další 4 hodiny až poté jsem si řekla o analgetikum od bolesti.

Pro srovnání mohu popsat situaci jež nastala 18 měsíců nato, což bylo v říjnu 2006, když i mé druhé těhotenství bylo ukončeno císařským řezem, nyní už ne z důvodu HN, ale z důvodu nepřipravenosti porodního nálezu, velké hmotnosti plodu (4300g) a již prvního s.c. před necelým rokem a půl. Opět po klasické přípravě a všem byla provedena spinální anestézie-nyní ale s rozdílem aplikované látky *MARCAIN 0,5% HEAVY* (v dávce 2,9 ml). Účinek byl opět od stehů směrem k palcům nohou s rozdílem působení tepla - cítila jsem pouze těžkost nohou, anestézie nastoupila dobře, pokles TK byl nyní 80/50 Torrů, ale doprovázený obrovskou nepříjemnou nauzeou a snahou zvracet. I když se tento stav velmi brzy upravil, díky podání antiemetika, negativně na to vzpomínám. TK se opět stabilizoval po podání Ephedrinu bolusově a do infúze, anestézie i výkon probíhaly bez komplikací. Nyní bylo působení anestézie kratší, zhruba za 2,5 hodiny od aplikace Marcainu jsem začala cítit DK a mohla s nimi hýbat, i analgetický účinek netrval tak dlouho jako u chirocainu v kombinaci se sufentanilem. Z toho všeho vyplývá, že první způsob byl komfortnější a lepší.

Co je ovšem největším přínosem z této zkušenosti?

Tak za prvé bych každé rodičce, která nemá možnost родit spontánně doporučila spinální anestézii a to hlavně z důvodu toho, že může své dítě spatřit ihned po narození přímo na sále, za druhé komfort analgetického účinku po výkonu a za třetí možnost vcítit se do situace rodiček na operačním sále.

Celkově jako sestra- pacientka jsem byla velmi spokojená a pokud mohu, tak všem, kteří mají podobné problémy, či se nedokáží rozhodnout, spinální anestézii jen doporučit, samozřejmě s tím, že každý člověk je individuální osobnost a na každého vše působí jinak, proto samozřejmě nezastírám negativní komplikace, jež by mohly nastat, ale já se s nimi nesečkala.

Kontakt:

Bc. Lenka Neumannová
Nemocnice Šternberk – ARO
Česká republika

ŠPECIFIKÁ ANESTÉZIE U POPÁLENÝCH PACIENTOV

**Rostášová Mária
Spišiaková Marta**

OAIM, 1. Súkromná nemocnica Košice Šaca a.s.

Abstrakt

Neporušená koža chráni telo pred stratami tepla, tekutín a zároveň vytvára bariéru proti infekčným mikroorganizmom. Pri popáleninovej traume - bez ohľadu na príčinu jej vzniku sa bariéra stráca. Popáleninové trauma sa vyvíja. V jednotlivých fázach dochádza k rôznym metabolickým, respiračným, kardiovaskulárnym i hematologickým poruchám, ktoré vyžadujú od začiatku vzniku intenzívnu terapiu na základe spolupráce rôznych odborov od prvého kontaktu – výjazdovej záchranej jednotky, cez spádové nemocnice po príjem na špecializované popáleninové kliniky kde sa pridružuje komplexná starostlivosť z odborními intenzívnej medicíny, hematológie, mikrobiológie, interného, prípadne pediatrie, ORL, pneumológie, algeziológie, neurológie, rehabilitácie, psychológie a pod. Pacientov s popáleninovou traumou je potrebné opakovane operovať (nárezy, necrectómie, štepy, preväzy, plastické operácie) – v celkovej anestézii či analgosedácii, pri ktorých sa musia rešpektovať všetky tieto špecifické hľadiská a anestéziu im prispôbiť.

Kľúčové slová: Popáleninové trauma. Anestézia. Analgosedácia.

Neporušená koža chráni telo pred stratami tepla a tekutín a zároveň vytvára bariéru proti infekčným mikroorganizmom. Bez ohľadu na príčinu vzniku popáleniny, je porušený celý rad fyziologických pochodov, preto je nutné zistiť rozsah a hĺbku poranení.

U dospelých využívame orientačne deviatkovú klasifikáciu u detí a dojčiat platia samostatné tabuľky.

Pred každou anestéziou musíme mať na vedomí, že už pri postihnutí 10% povrchu tela u inak zdravého jedinca musíme počítat' v dôsledku výraznej exsudácie z rán a presunu tekutín s rozvojom šokovej symptomatológie.

Dospelí s popáleninami viac ako 25% povrchu tela a deti ak % popálenej plochy je väčšie ako ich telesná hmotnosť v kg patria už na špecializované oddelenia – popáleninové JIS.

Prognóza sa zhoršuje pri popáleninách nad 60%, alebo iných pridružených ochoreniach, či inhalačnej traume pľúc a pri postihnutí hlavy a krku. Ťažké popáleniny vedú k výrazným metabolickým respiračným a kardiovaskulárnym poruchám, ktoré vyžadujú intenzívnu terapiu.

Popáleninové trauma sa vyvíja – v prvých 2-3 dňoch prevláda obraz poškodenia kapilár – voda, elektrolyty a bielkoviny prestupujú do extracelulárneho priestoru čím vzniká edém, ktorý znižuje arteriálne zásobovanie tkanív, čím vznikajú tzv. „neskoré popálenie“.

Na podklade poškodenia kapilár sa môže rozvinúť pľúcny edém napriek hypovolémii a dostatočnej kontrakcii srdca. Sú prítomné aj poruchy mikrocirkulácie. Z lab. parametrov je nápadná hemokoncentrácia a kaskáda zrážania. Enormná potreba tekutín, ktorá sa stráca je nahradzovaná roztokmi ich množstvo sa približne vypočíta pomocou vzorca „ml elektrolytov sa rovná % popáleného povrchu tela x kg telesnej hmotnosti x 4“ s korekciou podľa diurézy a hemodynamických parametrov k VT.

Pri popáleninách nad 50% sa počíta vždy len 50%, pričom polovica tekutín sa podá v prvých 8 hodinách (RL, F1/1) pri nedostatočnej hydratácii hrozí olygúria. U pacientov ktorí utrpeli popáleninové trauma v uzavretom priestore je potrebné myslieť na inhalačné trauma - EDÉM – včasná orotracheálna intubácia.

Po 36 -48 hod. po popálení začína fáza spätnej rezorpcie -je obnovená kapilárna integrita a z interstícia sú rezorbované bielkoviny, tekutiny a elektrolyty čím potreba tekutín klesá. Pacienti sú ohrození preťažením obehu. Okrem toho je v tomto období organizmus zaťažený toxínmi. – je to tzv. intoxikačná fáza. Restitučná fáza – po 7 – 14 dňoch sa zvyšuje metabolizmus čo kladie dôraz na vysoko kalorickú parenterálnu výživu bohatú na bielkoviny. Keďže sú to väčšinou pacienti v nestabilizovanom stave vyžadujú si aj špeciálnu prípravu pred anestéziou, a dôkladný monitoring. Pozor na podchladenie a nachladenie v dôsledku deštrukcie izolujúcej vrstvy kože.

Intraoperačne sú popálený pacienti ohrození krvnými stratami, ktoré sa musia patrične hradiť. Pooperačná znížená aktivita faktorov zrážanlivosti vyžaduje kontrolné hemokoagulačné vyšetrenia.

Pacienti majú vysokú toleranciu anestetík a analgetík, sú náchylní na infekcie. Pravidelné stery a mikrobiologické vyšetrenia. Podľa rozsahu a stupňa popálení sú u

týchto pacientov indikované početné život zachraňujúce operačné zákroky cez úvodné vyšetrenie v celkovej anestézii a nárezy, nekrektómie, s následným krytím kožných defektov štepmi dočasnými, či trvalými, nespočetnými preväzmi, alebo korekčnými zásahmi v jazvách.

Špecifická štandardne využiteľná anestézia pre popálených neexistuje, ale vzhľadom k tomu, že sú to opakované anestézie musí byť čo najšetrnejšia. Najčastejšie využívame celkovú anestéziu, ale ak to charakter poranenia dovoľuje aj regionálne techniky.

Zo svalových relaxancií sa SCCHJ môže použiť len v prvý deň na urgentnú OTI, ináč nie – môže viesť k masívnemu uvoľneniu kálie z buniek s následnou hyperkalémiou a zástavou srdca. Používame nedepolarizujúce kurarimimetiká – ESMERON, Norcuron vo zvýšených dávkach, aby sa dosiahlo dostatočnej relaxácie najmä na OTI.

Riešenie popáleninovej bolesti

Popáleniny spôsobujú najintenzívnejší a prolongovaný typ bolesti. Kontrolovať popáleninovú bolesť je ťažké, pretože má svoju jedinečnú charakteristiku, mnohopočetné komponenty a s časom sa mení. Vyskytujú sa 2 základné typy bolesti:

- základná bolesť je prítomná v pokoji, alebo v priebehu normálnych aktivít denného života
- bolesť spojená s úkonmi, ktorá sa objavuje pri preväzoch, manipulácii s ranami, napr. stery, hydroterapia, ale je to aj polohovanie na lôžku.

Zvláštnym druhom základnej bolesti je tzv. neuropatická bolesť, ktorá musí byť diferencovaná od bolesti v ostatných poškodených tkanivách a ináč liečená, nereaguje na liečbu opioidmi. – (protizáchvatové lieky, antidepresíva). Objavuje sa u akútne popálených je odlišná a často pretrváva ako syndróm chronickej bolesti.

Rozlišujeme 3 odlišné štádiá, v ktorých musí byť aj diferencovane liečená.

1. akútne obdobie trvá 2 -3 dni ,bolestivé podnety vychádzajú z popálenej plochy, kde došlo k deštrukcii a obnaženiu nervových zakončení vyžaduje kontinuálne podávanie agresívnej analgézie, aby sa zabránilo vzniku cyklickej bolesti, úzkosti a minimalizovali sa nežiadúce psychické účinky bolesti – používa sa kombinácia analgetík pôsobiacich rôznym mechanizmom účinku. Silné opioidy majú kľúčové postavenie V kombinácii s nesteroidnými antireumatikami, antidepresívami podávanými pred, počas i po operačnej intervencii. Ketamín má široké použitie u popálených pacientov.

2. obdobie hojenia trvá niekoľko týždňov až mesiacov. Patrí tu lokálna starostlivosť o popálené plochy - preväzy, nekrektómie, odoberanie štepov, krytie. Bolesť sa objaví po 1 - 4 hod. po zákroku. Jednak z nekrektomovanej plochy, ale aj z odberiek, ktorá pretrváva 24 - 48 hod. a je silnejšia ako z nekrektomovanej plochy. Snahou liečby je poskytnúť takú analgéziu bolesti, aby pacient nebol dlhodobo utlmený. Snažíme sa znižovať potrebu opioidov.

3. obdobie rehabilitácie nie je presne ohraničené. Po období ukončenia hojenia všetkých rán nasleduje fyzikálna a pracovná terapia. Bolesť má charakter hlbokej bolesti ako pri artritíde. V tomto období sa môžu vytvoriť dlhodobé bolestivé syndrómy. Analgetiká – nesteroidné antireumatiká, Paralen.

Podporná psychologická liečba na vyrovnanie sa zo stresom z poranenia – straty časti tela, alebo zmena telesného vzhľadu, čo má za následok mnohokrát aj spoločenské uplatnenie.

Špecifickú kategóriu tu predstavujú deti, ktoré sa ťažko adaptujú do kolektívov zdravých detí. Usporiadávajú sa pre nich aj letné tábory, kde sa stretávajú s rovnako postihnutými deťmi.

Kontakt:

Mária Rostášová
Hrdinov SNP 48
044 25 Vyšný Medzev

PACIENT SO PSORIÁZOU NA OPERAČNEJ SÁLE

Helena Gondárová-Vyhničková

KARIM, Ústredná vojenská nemocnica SNP, Ružomberok

Abstrakt

Pristupovať k pacientovi v holistickom ponímaní ako ku bio-psycho-sociálnemu celku znamená zamerať sa na všetky jeho problémy a potreby. Pre sestru na anestéziologickom úseku poskytujúcu starostlivosť pacientovi so psoriázou tiež vyplývajú špecifiká pre jej činnosti. Autorka vychádza z teoretických východísk, vlastných skúseností sestry na anestéziologickom úseku, rozhovorov s členmi Spoločnosti psoriatickov a atopikov SR a výsledkov analýz prieskumov iných autorov.

Kľúčové slová: Pacient. Psoriáza. Operačná sála. Sestra.

„Chronické kožné ochorenie akým je psoriáza si vyžaduje, aby sestra, poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť pacientovi so psoriázou pristupovala k nemu komplexne, vnímajúc jeho bio-psycho-sociálne problémy a potreby.“ (3).

Uvedené slová sa dotýkajú aj sestry na anestéziologickom úseku ošetrovateľskej starostlivosti. Aj tu je pacient so svojimi bio-psycho-sociálnymi problémami a potrebami.

Sestra údaj o ochorení nájde na Zázname o anestézii (2). Klinický obraz ochorenia u pacienta je rozmanitý. Ako hrubé rozdelenie prejavov ochorenia môžeme uviesť kožné prejavy – psoriatické ložiská, väčšinou na hlave, lakt'och, kolenách, lumbosakrálnej oblasti, análnej rýhe, nechtoch. K ďalším klinickým prejavom patrí postihnutie kĺbov – artritída, atralgie (1). Kožné prejavy rešpektujeme pri umiestňovaní EKG zvodov, ale tiež pri fixácii intubačných kanýl, kde použijeme tkaničku alebo čo najmenej dráždivú náplasť. Dlho trvajúco naložená maska na tvár s veľkými ložiskami pôsobí značne dráždivo. Veľké šupinaté ložiská v lumbálnej oblasti môžu byť kontraindikáciou pre spinálnu alebo epidurálnu anestéziu. Zvýšenú pozornosť venujeme miestu zavedenia kanyly do venózneho riečiska. Nános šupín môže byť zdrojom infekcie pre jej zanesenie do krvi. Ak sa nedá vybrať miesto vpichu bez kožného defektu alebo sa nedá dostatočne mechanicky očistiť, dbáme o dostatočnú expozíciu dezinfekčného prostriedku. Defekty na nechtoch ovplyvňujú výber miesta na naloženie

neinvazívneho snímača saturácie kyslíka. Nie vždy je možné uskutočniť výber „najlepšieho prsta“. Aj keď pacient bude v celkovej anestézii, dbáme aby na tom istom prste pacient nemal snímač dlhšie ako jednu hodinu. Patologicky zmenené nechtové lôžka sú citlivé a pacienti udávajú ich bolestivosť aj na druhý deň po operácii. Postihnutie kĺbov býva rôzneho stupňa, čo môže vyvolať dojem nechoty pacienta „len s kožným ochorením“ spolupracovať pri úprave polohy. Podľa možností postihnuté kĺby podložíme mäkkou (gélovou) podložkou. Dlhो trvajúca vynútená poloha počas operácie môže vyvolať zhoršenie atralgii. Pacienti s atralgiami väčšinou užívajú značné množstvo analgetík, aj nesteroidných, čo môže vplyvať na ich vnímavosť na anestetiká, ale tiež zhoršovať žalúdočné problémy. Pacient prichádza na operačnú sálu vyzlečený – aj so svojimi kožnými prejavmi. Operačný zákrok, k tomu mnoho krát neistý výsledok operácie, silno pôsobia aj na jeho psychický stav a sociálnu rovinu. Zmenený obraz tela, strach, obava, bolesť, zmenené sebahodnotenie – pocity menejcennosti, sociálna izolácia, to sú najčastejšie problémy, ktoré by sestra na operačnej sále nemala vyriešiť len podaním premedikácie. Dôležitý je jej empatický prístup, primeraná komunikácia – verbálna aj neverbálna. Pacienti citlivo reagujú na „zvláštne pohľady“ a iné prejavy devalvujúce pacienta. Prítomnosť psychických problémov v predoperačnom období uviedlo 66,6 % pacientov a pozoruje ich 92,8 % sestier (všeobecne, nielen u pacientov so psoriázou), uvádza Morovicsová (4). Takže oblasť riešenia psycho-sociálnych problémov pacienta nie je zanedbateľná.

Autorka vychádza z teoretických východísk, zo skúseností na anestéziologickom úseku ošetrovateľskej starostlivosti, osobných rozhovorov s členmi Spoločnosti psoriatikov a atopikov SR.

Pohľad na psycho-sociálnu rovinu pacienta so psoriázou podložila niektorými výsledkami analýzy prieskumu docentky Gulášovej, kde základný súbor tvorilo 300 pacientov liečených a ošetrovaných na kožné ochorenie - psoriázu. Gulášová uvádza: zmeny vzhľadu tela v dôsledku kožného ochorenia sa obáva 13 % pacientov. Sociálnych problémov, narušenia spoločenských interakcií a strachu, že ich spoločnosť bude izolovať sa obáva 7 % pacientov. Až 28 % pacientov sa cítilo vyradených zo spoločnosti, 22 % pacientov uvádzalo pocit menejcennosti. Len 7 % pacientov uviedlo, že sa vyrovnalo s danou situáciou. 22 % pacientov si myslí, že padanie šupín z kože je najväčší problém a 13 % pacientov uvádza, že okolie sa obáva nákazy (3). Aj tu má sestra zastať rolu edukátorky - nielen pre pacienta, ale i spolupracovníkov (sanitári,

pomocný personál), ktorí nemajú dostatok vedomostí o psoriáze – aj o neinfekčnosti ochorenia.

Empatický prístup a ošetrovanie pacienta so psoriázou, ktorá postihuje približne 2 % populácie (1), určite nesie v sebe nielen múdrosť knihy, ochotu a schopnosť rúk pomáhať, ale i veľké umenie srdca.

Zoznam použitej literatúry:

1. ARPÁŠOVÁ, M., LUKÁŠOVÁ, V.: Psoriasis vulgaris. In: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík 12, 2006, č. 4, s. 185 – 186.
2. GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H, BRUNCKOVÁ, I.: Pacient so psoriázou z pohľadu anestéziologickej sestry na operačnej sále (Prednáška). Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v dermatovenerológii, Smrdáky, 6. – 7. 10. 2006
3. GULÁŠOVÁ, I., BLANÁRIKOVÁ, I.: Psychosociálne problémy pacientov so psoriázou. Medzinárodná konferencia pedagogických pracovníkov v ošetrovateľstve. In: Zborník konferencie, s. 61 – 68.
4. MOROVICSOVÁ, E.: Fenomén strachu u chorých pred operáciou. In: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík 13, 2007, č. 1, s. 4 – 8.

Kontakt:

Helena Gondárová- Vyhničková
Oravský Podzámok 027 41
helenagondar@azet.sk

ŠPECIFIKÁ PERIOPERAČNEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S ABDOMINÁLNOU AORTÁLNOU ANEURYZMOU

Andrea Tkáčová
Andrea Bratová

Fakultná nemocnica Nitra, Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
Univerzita Konštantína Filozofa Nitra, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny

Abstrakt

Anestéziológia je odbor, ktorý sa venuje znecitliveniu a uspávaniu pacientov počas operácie a počas bolestivých a nepríjemných výkonov. Zahŕňa všetky postupy na celkovú anestéziu a miestne znecitlivenie – regionálnu anestéziu. Okrem uspávania a znecitlivenia je jej súčasťou sledovanie, kontrolovanie a udržiavanie všetkých životných funkcií pacienta počas operácií a výkonov. Na porovnanie uvádzame dve kazuistiky pacientov s ochorením - abdominálna aortálna aneuryzma. Prvá je zameraná na špecifiká perioperačnej starostlivosti pri plánovanom operačnom výkone, druhá na špecifiká perioperačnej starostlivosti, pri náhle vzniknutej traumatickej abdominálnej aortálnej aneuryzme.

Kľúčové slová: Abdominálna aortálna aneuryzma. Perioperačná starostlivosť. Anestézia.

Hodnotenie operačného rizika v súvislosti s cievny ochorením

„Primárnou filozofiou predoperačného hodnotenia je nepoškodiť chorého“ (Larsen, 2004). V podstate sa hodnotenie pacienta s cievny ochorením nelíši od hodnotenia pacienta podstupujúceho iný operačný výkon, ale je potrebné, aby sa anestéziológ zameril na aspekty, ktoré sú pre cievnú chirurgiu špecifické:

- pokles perfúzie životne dôležitým orgánom,
- zásah do organizmu spôsobený operačným výkonom,
- záťaž ľavej srdcovej komory pri zasvorkovaní aorty,
- perioperačné krvácanie,
- negatívne obehové a hemokoagulačné zmeny.

Taktiež je potrebné, aby sa anestéziológ zameril na rizikové faktory, ktoré sú charakteristické pre tento druh cievnych ochorení.

Predoperačné hodnotenie a príprava pacienta zahŕňa:

- identifikáciu rizikových faktorov,
- stanovenie ich závažnosti,
- pokiaľ to je možné, zníženie rizika prameniaceho z pridruženého ochorenia.

Perioperačná starostlivosť je starostlivosť o pacienta - pred operačným výkonom, počas op. výkonu a po op. výkone.

Perioperačnú starostlivosť rozdeľujeme na:

- predoperačnú starostlivosť,
- intraoperačnú starostlivosť,
- pooperačnú starostlivosť.

„Predoperačná starostlivosť musí byť komplexná a prispôsobená celkovému stavu pacienta a danej situácii“ (Bohuš, 1992, s.230).

„Predoperačné vyšetrenie pacienta anesteziológom je podstatnou súčasťou prípravy na anestéziu. Chirurgmi však, bohužiaľ býva málo požadovaná i niektorí anesteziológovia nevenujú vyšetreniu a poučeniu pacienta potrebnú starostlivosť. Pritom dáva takýto druh návštevy možnosť zhodnotiť celkový stav pacienta, dať mu odpoveď na jeho otázky a zbaviť ho v priebehu rozhovoru obáv“ (Thole, 1998, s.136).

Po odobratí anesteziologickej anamnézy a zhodnotení predoperačného anesteziologického vyšetrenia stanoví anesteziológ operačné riziko (Larsen, 2004).

Pre tento účel sú k dispozícii rôzne klasifikácie. **Najčastejšie sa používa schéma podľa ASA (American Society of Anesthesiologists):**

„Pacient musí dať písomný súhlas s anesteziologickým postupom v rámci operácie. Pred podpisom je potrebné pacienta poučiť o tzv. „typických“ rizikách. Pri poučení o rizikách by sa anesteziológ mal vcítiť do myslenia pacienta. V popredí rozhovoru musí byť pocit istoty, že perioperačné sledovanie prispeje k tomu, aby boli komplikácie včas odhalené a zodpovedajúcim spôsobom liečené“ (Thole 1998, s. 144).

Dôležitou súčasťou perioperačnej starostlivosti, je psychologická príprava pacienta, ktorá by mala obsahovať:

- upokojenie pacienta,
- správať sa s porozumením a s trpezlivosťou, vypočuť pacienta,
- pozorne a zrozumiteľne vysvetliť plánovaný postup a predpokladaný priebeh,
- zamerať sa i na obavy a strach pacienta.

Najvhodnejší úvod do celkovej anestézie pri výkonoch na brušnej aorte, má byť dynamický hladký, bez excitácie a stimulu sympatika a parasympatika (podávanie nedepolarizujúce relaxancií, alebo ich kombinácia s depolarizujúcim relaxanciom), s minimálnymi hemodynamickými zmenami. Adekvátne je taktiež kombinácia s epidurálnou anestéziou, čo nám zaistí dostatočnú analgéziu i počas pooperačného obdobia (Larsen, 2004).

Pred vlastným úvodom a počas podávania vnútrožilových anestetík, je potrebná preoxygénácia pacienta. Po úvode, tracheálnej intubácii a stabilizácii pacienta, sa pristupuje k zavedeniu SG – Swan-Ganz katétra (zavádza sa do pravej jugulárnej žily, umožňuje nám dynamické hodnotenie srdcového výdaja, meranie tlakov v pľúcnici) alebo arteriálneho katétra (zabezpečí nám kontinuálne invazívne meranie tlaku krvi).

Kazuistika 1. pacient

Situačná analýza:

60 – ročný pacient plánovane prijatý 20.01. 2009 o 8:18 hod, za účelom operácie AAA a ľavej ilickej cievy, ktorá bola náhodne diagnostikovaná po páde zo stromu v 11/2008, pri CT vyšetrení. Na CT, bola zistená aneurizma terminálneho úseku AA, prechádzajúca na ľavú ilickú artériu. Priemer aneurizmy na aorte – do 35 mm, na spoločnej ilice – 55 mm. Intraluminálne prítomné nástenné tromby v aneurizme. Pacientovi boli realizované laboratórne vyšetrenia a kontrolné USG vyšetrenie.

Fyziologické funkcie pri prijatí

TK: 180/115 mmHg Výška: 179 cm

P: 105/ min. Hmotnosť: 95 kg

TT: 36,6° C BMI: 31

Vedomie: pacient pri vedomí, orientovaný v osobe, čase, priestore, spolupracuje.

Terajšie ochorenie: pacient prijatý za účelom operácie AAA a ľavej ilickej cievy, ktorá bola náhodne diagnostikovaná po úraze, pri CT vyšetrení.

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Osobná anamnéza: arteriálna hypertenzia - v liečbe, stp. NCMP(1999), s dočasnou ľavostrannou hemyparézou, stp. nefrectómii (1994) – Grawitz. nádor, stp. varicotómii – cca. pred 5 rokmi.

- 07:15 hod. pacient prevezený z kliniky cievnej chirurgie na predsálie operačnej sály č. 1., za účelom bezprostrednej peroperačnej, intraoperačnej starostlivosti a vykonania plánovaného operačného výkonu na brušnej aorte.
- po prevezení pacienta na predsálie operačnej sály č. 1., sestra zisťuje stav pacientových informácií, sestra pozorne počúva pacientove obavy týkajúce sa operačného výkonu a priebehu anestézie, snaží sa upokojiť pacienta a podáva mu zrozumiteľné informácie. V priebehu rozhovoru udržiava s pacientom neustály očný kontakt.
- 07:25 hod. pacient prevezený na operačnú sál, pacientovi boli zamerané vitálne funkcie TK: 150/85 mmHg, P: 98', D: 12', saturácia O₂: 96%, EKG monitoring, údaje zaznamenané do dokumentácie, pacient bol následne oboznámený s tým, že počas operácie i bezprostredne po nej, bude nepretržite monitorovaný, podaná naordinovaná terapia a zaznamenaná do dokumentácie.
- 07:40 hod. pacient poučený o potrebe zaviesť CV katéter a epidurálny katéter, ktoré boli následne zavedené.
- 08:15 hod. pacientovi podané medikamenty, potrebné k celkovej anestézii – Sufentanyl 6ml, Propofol 200mg, Esmeron 20mg, SCHJ 100 mg, následne prevedená OT intubácia.
- 08:25 hod. pacientovi zavedená kanyla do artérie ulnaris, z dôvodu kontinuálneho invazívneho monitorovania TK.
- počas operačného výkonu, je pacient kontinuálne monitorovaný - ETCO₂, CVT, P, D, hĺbka anestézie, TT, EKG, oxygenáciu, odobraná arteriálna krv na vyšetrenie krvných plynov a acidobazickej rovnováhy, pacientovi monitorovaná bilanciu tekutín a krvné straty.
- 11:10 hod. pacientovi podaná do epidurálneho katétra Sufentanyl + Chirocain.
- 11:30 hod. pacient extubovaný a následne prevezený na JIS.

Kazuistika 2. pacient

Situačná analýza:

33 – ročná pacientka, účastníčka vážnej dopravnej nehody, privezená vrtuľníkom záchranej služby, na KAİM Nitra, 10.10.2008 21:15 hod. Pacientka odoslaná na CT vyšetrenie, kde jej bola diagnostikovaná traumatická abdominálna

aortálna aneuryzma. Pacientke boli realizované potrebné laboratórne vyšetrenia za účelom operačného výkonu z vitálnej indikácie.

Fyziologické funkcie pri prijatí

TK: 80/50 mmHg Výška: cca 170 cm

P: 115/ min. Hmotnosť: cca 65 kg

TT: 37,6° C BMI: 23

Vedomie: pacient soporózna, reaguje len na hlasné oslovenie a na bolestivé podnety.

Terajšie ochorenie: polytraumatická pacientka, prijatá za účelom operačného výkonu z vitálnej indikácie.

MEDICÍNSKY MANAŽMENT

Konzervatívna terapia

- pokoj na lôžku,
- peroperačná starostlivosť (chirurgická, intenzívna - anesteziologická),
- aplikovať naordinovanú medikamentóznú terapiu,
- sledovať stav pacienta,
- manažovať ordinované vyšetrovacie postupy u pacienta.

Medikamentózna terapia

Voluven 1000 ml, F 1/1 roztok 500 ml, Ringer 500ml.

- 22:05 hod. pacientka prevezená z KAİM na operačnú sálu č. 1., za účelom operačného výkonu na brušnej aorte z vitálnej indikácie.
- pacientke boli zmerané vitálne funkcie TK: 90/55 mmHg, P: 110', D: 18', sat. O₂: 95%, EKG monitoring, údaje zaznamenané do dokumentácie
- 22:15 hod. pacientke podané medikamenty, potrebné k celkovej anestézii – Sufentanyl 3ml, Propofol 160mg, Esmeron 20mg, SCHJ 60 mg, následne prevedená orotracheálna intubácia.
- 22:25 hod. pacientovi zavedená kanyla do artérie ulnaris, z dôvodu kontinuálneho invazívneho monitorovania TK, zavedený CV katéter.
- počas operačného výkonu, je pacientka kontinuálne monitorovaný - ETCO₂, CVT, P, D, hĺbka anestézie, TT, EKG, oxygenáciu, odobraná arteriálna krv na vyšetrenie KO, krvných plynov a acidobazickej rovnováhy, pacientovi monitorovaná bilanciu tekutín a krvné straty.
- pacientke počas operačného výkonu podaných 9 jednotiek erytrocytarnej masy a 7 jednotiek čerstvej mrazenej plazmy.

- vzhľadom na neustály pokles TK bol pacientke podávaný Noradrenalin.
- 23:15 hod. pacientke zlyhávali životné funkcie, fibrilácia predsiení – zahájená KPR - priama masáž srdca, invazívna defibrilácia, podané medikamenty: Adrenalin, Atropin.
- 24:00 hod. pacientka prehlásená za mŕtvu – exitus letalis.

Zoznam použitej literatúry:

6. BOHUŠ, O.: Anestéziológia, resuscitológia a intenzívna starostlivosť. Martin: Osveta, 1992. 229 s. ISBN 80-217-0436-5.
7. LARSEN, R. 1998. Anestezie. Praha: Grada Publishing, a. s., 1998. 740 s. ISBN 80-7169-179-8.
8. LARSEN, R. 2004. Anestezie 7. prepracované a rozšírené vydanie. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.
9. TŘEŠKA, V. a kol.: Aneurizma břišní aorty. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999.13-65 s. ISBN 80-7169-724-9.
10. THOLE, J., HALLBAUM, S., PICHLMAYR, I. 1998.: Anestéziologie - praktická příručka. Martin: Osveta, 1998. 312 s. ISBN 80- 88824-82-6.

Kontakt:

Mgr. Andrea Tkáčová
 Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
 Fakultná nemocnica Nitra
 Špitálská 6
 94960 Nitra

MANAŽMENT TEKUTEJ A POLOTEKUTEJ STOLICE U PACIENTA V BEZVEDOMÍ

**Patrícia Margitaiová
Katarína Palčíková**

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny,
Fakultná nemocnica Trnava

Abstrakt

Inkontinencia stolice je vážnym problémom, ktorý je spojený s rizikami pre bio-psycho-sociálnu rovnováhu jedinca. Tento problém sa týka až 70% pacientov, ktorí sú v podmienkach intenzívnej starostlivosti. Príčinou môže byť poškodenie alebo dysfunkcia svalov a nervov análnych zvieračov, strata zásobného priestoru v rekte a predovšetkým ťažká hnačka. Dôležitým faktorom pri vzniku hnačky je podávanie širokospektrálnych antibiotík, predovšetkým cefalosporínov alebo klindamycínu. Udáva sa, že 20 – 30% pacientov liečených antibiotikami má hnačky. Určitú rolu hrá enterálna výživa a celkový stav pacienta napr. ochrnutie, kóma, infekcia, ťažký pooperačný stav.

KLúčové slová: Tekutá stolica. Inkontinencia stolice. Príčina tekutej stolice. Komplikácie. Štandardné pomôcky. Silikónový katéter.

Úvod

Tekutá stolica je agresívna k pokožke, zároveň náročná k čisteniu, a tým aj na čas personálu. Vytvárajú sa vhodné podmienky pre šírenie infekcie. V prípade, že pacientovi odchádza tekutá stolica veľmi často alebo kontinuálne, dochádza v krátkom čase k macerácii a začervneniu kože, dermatitíd, exkoriáciám, ulceráciám v perianálnej oblasti. Môže prísť ku kontaminácii chirurgickej rany, iných defektov alebo zaistených žilových vstupov.

Zvládanie jednotlivých epizód inkontinencie tekutej stolice pomocou štandardných materiálov je časovo náročné pre častú frekvenciu výmeny. Ich používanie presahuje limity možností, i keď sa pokožka ošetruje šetrne je tu veľké riziko nežiaducich príhod.

Uzatvorený systém odvodu stolice

Uzatvorený systém odvodu stolice predstavuje novú kvalitu manažmentu tekutej a polotekutej stolice, ktorý sa ľahko používa. Ide o výrazný posun v zvyšovaní kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Tento systém obsahuje:

- mäkký nízkotlakový retenčný balónik, ktorý sa po zavedení naplní 45 ml vody, alebo fyziologickým roztokom. Vďaka týmto vlastnostiam jemne dosadne na klenbu rekta, nespôsobuje nekrózy a môže byť zavedený až 29 dní
- flexibilný silikónový katéter, ktorý je prispôsobený anatómii zvieráčov, a tým chráni ich funkciu a tonus. Neobsahuje latex, takže nealergizuje
- uzavierateľné jednorazové vymeniteľné zberné vrečko má spätnú chlopňu, ktorá bráni vyliatiu tekutého obsahu. Napomáha eliminovať kontakt so stolicou a predchádza tak šíreniu infekcie. Vyznačená stupnica na vrečku umožňuje presné meranie bilancie tekutín.

Kazuistika

36 ročný pacient privezený RZP ako polytrauma na CP. Pacient pri vedomí, orientovaný, prevezený na CT vyšetrenie, kde bola diagnostikovaná trauma C chrbtice, väčšie množstvo tekutiny v brušnej dutine, kontúzia pľúc. Pacient napojený na monitor, zacievkovaný, zavedená NGS, arteriálny katéter, CVK. Napojený na UPV, kontinuálne tlmený opiátmi. Indikovaná operácia brušnej dutiny a stabilizácia C chrbtice. Pacient prevezený na KAİM Bratislava. Po 24 h pacient privezený na KAİM Trnava, sedovaný na UPV. Nasadená ATB liečba, enterálna výživa sondou. Predpokladaná dlhodobá ventilácia pľúc k vzhľadom k zlému zdravotnému stavu.

15. deň hospitalizácie pacientovi urobená tracheostómia. U pacienta prišlo k náhlemu výstupu teploty. Odobrané hemokultúry na diagnostiku možnej sepsy. Po konzultácii s klinickým farmakológom a s výsledkom pozitívnych hemokultúr prišlo k úprave liečby na 4 kombináciu ATB.

29. deň naplánované CT brucha s kontrastnou látkou, podanou do NGS. Po podaní kontrastnej látky začali prudké hnačky.

30. deň hospitalizácie po vylúčení možných kontraindikácií bol zavedený uzatvorený systém odvodu stolice.

37. deň hospitalizácie po ústupe hnačiek Flexi-Seal sme odstránili. Počas používania systému sa nevyskytli žiadne komplikácie.

Výhody uzatvoreného systému odvodu stolice

- znižuje riziko poškodenia kože
- zabraňuje šíreniu infekcie
- chráni rany a uľahčuje ošetrovanie dekubitov v sakrálnej oblasti
- znižuje riziko predĺženia hospitalizácie v dôsledku komplikácií
- znižuje náklady na zvládnutie tekutej stolice
- šetrí čas ošetrojúcemu personálu
- zvyšuje komfort a navracia dôstojnosť pacienta.

Záver

Použitie uzatvoreného systému odvodu tekutej stolice predstavuje komfort pre pacienta a znižuje záťaž personálu. Prostriedky, ktoré je potrebné vynaložiť na jeho zakúpenie sa niekoľko násobne vrátia nielen v ušetrenom materiáli, ale v neposlednom rade aj v ušetrenom čase personálu.

Použitie tohto systému prispieva vo veľkej miere k zvyšovaniu kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá musí byť našou prioritou.

Zoznam použitej literatúry:

1. Manuál na použitie uzatvoreného systému odvodu tekutej stolice
2. Chorobopis pacienta

Kontakt:

Bc. Patrícia Margitaiová
KAIM, FN Trnava
A. Žarnova 11
917 01 Trnava

INOVATÍVNE POSTUPY V STAROSTLIVOSTI O PACIENTA PO TRANSPLANTÁCII PEČENE – NAŠE ROČNÉ SKÚSENOSTI

Monika Polievková
Natália Nagyová
Marcela Auxtová

FNsP FDR Banská Bystrica - OAIM

Abstrakt

Transplantácia pečene je komplexná liečebná metóda určená pacientom so zlyhaním pečene. Pacientom s nevyliciteľným a väčšinou smrteľným ochorením prináša nádej na dlhodobé a kvalitné prežívanie. Základom je zložitý chirurgický zákrok na ktorý nadväzuje špecializovaná pooperačná ošetrovateľská starostlivosť, postupná rehabilitácia s následným návratom do bežného – plnohodnotného života. V súčasnosti sa jedného roku po operácii dožíva 90% príjemcov, viac ako 2/3 pacientov prežívajú desať a viac rokov. Každý pacient je iný a vyžaduje od ošetrojúceho personálu individuálny prístup. Cieľom prednášky je priblížiť inovatívne postupy v pooperačnej starostlivosti, ku ktorým sme dospeli po ročnej skúsenosti v ošetrovaní pacientov po transplantácii pečene na OAIM

FNsP FDR Banská Bystrica. Zahŕňajú v sebe viacero aspektov - od prípravy ošetrovacej jednotky na príjem pacienta, cez hygienickú starostlivosť o pacienta, starostlivosť o invazívne vstupy, analgéziu a sedáciu, polohovanie a vertikalizáciu, výživu, sledovanie hemodynamiky a v neposlednom rade aplikácie predpísanej imunosupresívnej liečby.

Dĺžka hospitalizácie na OAIM závisí nielen od náročnosti operačného výkonu a pooperačného priebehu ale aj od dôslednej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov na OAIM. Je preto dôležité, aby sestry ovládali špecifiká starostlivosti a zároveň boli dostatočne flexibilné v procese zavádzania nových postupov v pooperačnej starostlivosti o týchto pacientov.

Kľúčové slová: Transplantácia pečene. Inovatívne postupy. Ošetrovateľská starostlivosť.

Kontakt:

Mgr. Monika Polievková
FNsP FDR, OAIM
L. Svobodu 1
975 17 Banská Bystrica

TROMBOLÝZA

Gabriela Gerdová
Margita Kotelesová

Neurologické oddelenie, Nemocnica Košice- Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica

Abstrakt

Väčšina mozgových ischemických príhod je spôsobená upchaním mozgovej tepny krvnou zrazeninou. Promptná terapia trombolytickou liečbou, ktorej cieľom je spriechodniť mozgové tepny, môže obnoviť prietok krvi ešte predtým, ako vznikne poškodenie mozgového tkaniva. Liečbu trombolýzy je potrebné začať v priebehu štyroch hodín od prvých príznakov. Samotná aplikácia trombolýzy si vyžaduje dobrú organizáciu, interdisciplinárnu spoluprácu (neuroológ, radiológ, internista) a štandardizovaný diagnostický a terapeutický postup. Pre úspešnosť trombolýzy je dôležitá aj edukácia laickej verejnosti o náhlych cievnych príhodách. Rýchla reakcia, privolanie RZP a rýchly diagnostický postup môže následky cievnych príhod úplne minimalizovať.

Obsah

Odborné usmernenie MZ SR- dňa 7.4.2008 platnosť od 1.5.2008, vzťahuje sa na liečebné opatrenia pri NCPM.

Väčšina mozgových cievnych ischemických príhod je spôsobená upchaním mozgovej cievy krvnou zrazeninou. Promptná terapia trombolytickou liečbou môže obnoviť prietok krvi ešte predtým, ako vznikne poškodenie mozgového tkaniva. Cieľom liečby je otvoriť, spriechodniť mozgové tepny. Dôležitá je účinná spolupráca s dispečingom RZP, posádkou RZP, ktorá rýchle zhodnotí stav pacienta a okamžite transportuje pacienta na najbližšie pracovisko, na ktorom je dostupná aplikácia trombolýzy. Takéto pracovisko musí mať dostupnú akútnu diagnostiku – CT - 24 hodín, laboratórium, erudovaný radiológ, neuroológ, skúsený personál ICJ, EKG a interné vyšetrenie. Liečbu trombolýzou je potrebné začať v priebehu 4 hodín od vzniku príznakov. Dávku lieku určuje lekár a to 0,9mg (max 90 mg) lieku (Actilysa) na 1 kg váhy. Podáva sa intravenózne 10% bolusovo počas 2 minút a zvyšok v priebehu 1 hodiny v infúzii F1/1 250 ml. Počas infúzie je potrebné monitorovať vitálne funkcie každých 15 min. V ďalších hodinách každých 30min.

Sestra sleduje výskyt možných komplikácií - krvácanie. Najväčšie riziko trombolýzy predstavuje posttrombolytická mozgová hemorágia. Pri zhoršení stavu je potrebné realizovať okamžite CT vyšetrenie mozgu. Platí tu zákaz podávania im injekcií v priebehu a následne 1 hod po trombolýze. Samotná aplikácia trombolýzy si vyžaduje dobrú organizáciu, interdisciplinárnu spoluprácu, vzdelanie, štandardizovaný diagnostický a terapeutický postup a zodpovednosť. Veľmi dôležitá je edukácia laickej verejnosti, ktorá sa odzrkadlí v rýchlej reakcii a okamžitom privolaní RZP. Po rýchlej diagnostike a aplikácii liečby môžu byť následky NCMP minimálne až nulové.

Kontakt:

Gabriela Gerdová
Neurologické oddelenie
Nemocnica Košice- Šaca a.s. 1. súkromná nemocnica

MANAŽMENT TERAPEUTICKEJ HYPOTERMIE PO KARDIOPULMONÁLNEJ RESUSCITÁCII

Dana Lančaričová
Stanislava Semeneiová

Fakultná nemocnica Trnava, Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

Abstrakt

Kvalitného klinického výsledku a neuropsychickej úrovne sa podľa dlhodobých štúdií dožije len malá časť úspešne zresuscitovaných pacientov. Po resuscitačná starostlivosť môže rozhodovať o obnovení alebo neobnovení funkcií CNS. Ako sľubná metóda v tejto starostlivosti sa javí mierna terapeutická hypotermia. Jej priaznivé výsledky po KPR pri komorovej fibrilácii boli overené viacerými štúdiami, na základe ktorých sa terapeutická hypotermia stala lege artis doporučeným postupom I. kategórie. Úloha sestry pri realizácii tohto postupu je nezastupiteľná. Prioritou musí byť preto prepojenie pred nemocničnej a nemocničnej starostlivosti tak, aby sa terapeutická hypotermia zahájila čo najskôr. Vypracovanie štandardov na oddelení môže následne prispieť ku kvalitatívne vyššej úrovni starostlivosti.

Kľúčové slová: Terapeutická hypotermia. Po resuscitačná pred nemocničná a nemocničná starostlivosť. Úloha sestry. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti.

Úvod

Záchranná reťaz je iba tak silná, ako slabý je jej najslabší článok. Pri náhlej zástave srdca zahŕňa: prístup laickej verejnosti, včasné privolanie, príjazd a zásah kvalifikovanej zdravotníckej pomoci, realizáciu účinnej KPR, včasnú defibriláciu, optimálnu urgentnú starostlivosť počas transportu a optimálnu po resuscitačnú starostlivosť v nemocnici.

Každý pacient po KPR v teréne prechádza tzv. po resuscitačnou chorobou, ktorú sprevádza dysfunkcia kardiovaskulárneho systému, zmena funkcie pľúc, obličiek, metabolizmu a v neposlednom rade sa objavujú aj neurologické zmeny.

Mozgová dysfunkcia je daná:

- dĺžkou a hĺbkou obdobia vymiznutej perfúzie (no – reflow),
- nedostatočnou perfúziou v priebehu KPR,

- zníženou perfúziou, ktorá nasleduje aj po obnovení vlastného krvného obehu,
- metabolickým intracerebrálnym zrútením vplyvom nepriaznivo pôsobiacich mozgových produktov.

Prognóza ďalšej funkcie CNS a rozdelenie priaznivého alebo nepriaznivého vývoja sa určuje najmä podľa klinických prejavov CNS funkcií v ich časovom slede.

Ide o:

- neprítomnosť korneálneho reflexu za 24 hodín po príhode,
- neprítomnosť reakcie zreníc na svetlo 24 hodín po príhode,
- neprítomnosť motorickej reakcie 24 hodín po príhode a 72 hodín po príhode.

Prognostický výhľad pacienta zhoršuje hypertermia a hyperglykémia.

Terapeutická mierna hypotermia

Hypotermiu ako liečebnú metódu využívali už v období staroveku Egypta, Gréci a Rimania. Hippokrates pokrýval ranených vojakov snehom, aby zabránil krvácaniu.

Táto metóda mala svoje uplatnenie aj v časoch Napoleona. V roku 1943 opísal jej kladné výsledky Fay a už v roku 1961 bola táto metóda zahrnutá ako krok KPR.

V 50. rokoch XX. stor. bol dokázaný priaznivý vplyv miernej terapeutickkej hypotermie s cieľovou teplotou telesného jadra 32 -34 C°.

Hypotermia u pacientov spôsobuje zmenu metabolických podmienok v organizme tak, že je zabezpečená ochrana pred excesívnou tvorbou reaktívnych kyslíkových radikálov a excitačných aminokyselín v mozgu.

Problematikou tejto metódy sa zaoberali aj niektoré rozsiahle štúdie. Európska štúdia určila ako najvhodnejšie pásmo teplotu v rozmedzí 32 -34 C°. Zároveň však táto štúdia poukázala na to, že zahájenie účinného chladenia si vyžiadalo čas približne 105 minút, pričom k dosiahnutiu cieľovej teploty bola potrebná doba až 8 hodín.

Podobná rozsiahla štúdia, ktorá sa zaoberala problematikou hypotermie bola realizovaná v roku 2002 v Austrálii. Výsledky týchto štúdií položili základ pre odporúčenie miernej terapeutickkej hypotermie u pacientov s náhlou srdcovou zástavou a s komorovou fibriláciou. Terapeutickú hypotermiu ako metódu odporúčajú aj posledné guideliney z roku 2005.

Metóda terapeutickkej hypotermie je úzko spojená s kontinuálnym sledovaním telesnej teploty pacienta. Predstaviteľom telesnej teploty v intenzívnej a resuscitačnej

starostlivosti je teplota telesného jadra, to znamená teplota trupu a jeho orgánov, pričom najvyššiu teplotu má mozog. Rozdiel medzi periférnou teplotou a teplotou jadra je 2-10 C⁰, pričom sa tento gradient zvyšuje najmä za patologických podmienok. Za zlatý štandard merania teploty telesného jadra sa považuje teplota, ktorá je nameraná na špičke pľúcnicového katétra. Ďalšou možnosťou je meranie teploty v ezofagu. Na KAIM FN Trnava sa nám osvedčilo meranie teploty cestou permanentného močového katétra so snímačom. Ako ďalšiu variantu využívame tympálny teplomer. Ide o meranie teploty v blízkosti ušného bubienka, pričom táto teplota vychádza z telesného jadra v blízkosti hypotalamu.

Kontinuálne monitorovanie telesnej teploty spojené s metódou terapeutickej hypotermie, ktorá je zahájená okamžite po akútnej hypoxicko – ischemickej zástave krvného obehu a po KPR má za cieľ minimalizovať mentálne a neurologické deficity pacienta. Kontraindikáciou použitia tejto metódy je ťažký kardiogénny šok, dysrhythmia ohrozujúca život, gravidita, primárna koagulopatia.

Klinický postup

Realizácia terapeutickej hypotermie v klinickej praxi si vyžaduje koordinovanú spoluprácu poučeného tímu pracovníkov tak v pred nemocničnej ako aj nemocničnej starostlivosti a potrebné vybavenie podľa zvoleného postupu chladenia pacienta. Chladenie by malo byť zahájené už počas transportu pacienta do nemocnice. Sú popísané priaznivejšie prognostické výsledky aj pri zahájení chladenia do 4 -6 hodín po akútnej príhode. V prípade, ak nie je možné monitorovať teplotu telesného jadra v pásme okolo 32 stupňov, je vhodnejšie metódu nepoužiť a zabrániť len obávanej hypertermii. Pre terapeutickú hypotermiu je potrebné mať vypracovaný jednotný protokol. Podľa možnosti pracoviska sa chladenie môže robiť ako vonkajšie (matrac, chladiace balíčky, helma....), alebo ako vnútorné – (do žalúdka, črevné nálevy, intravenózne podávanie chladených roztokov).

Na našej klinike sa nám veľmi osvedčil spôsob chladenia pomocou prístroja, ktorý zabezpečuje cirkuláciu vody požadovanej teploty do matraca. Preto je vhodný aj na ohrev pacientov s hypotermiou.

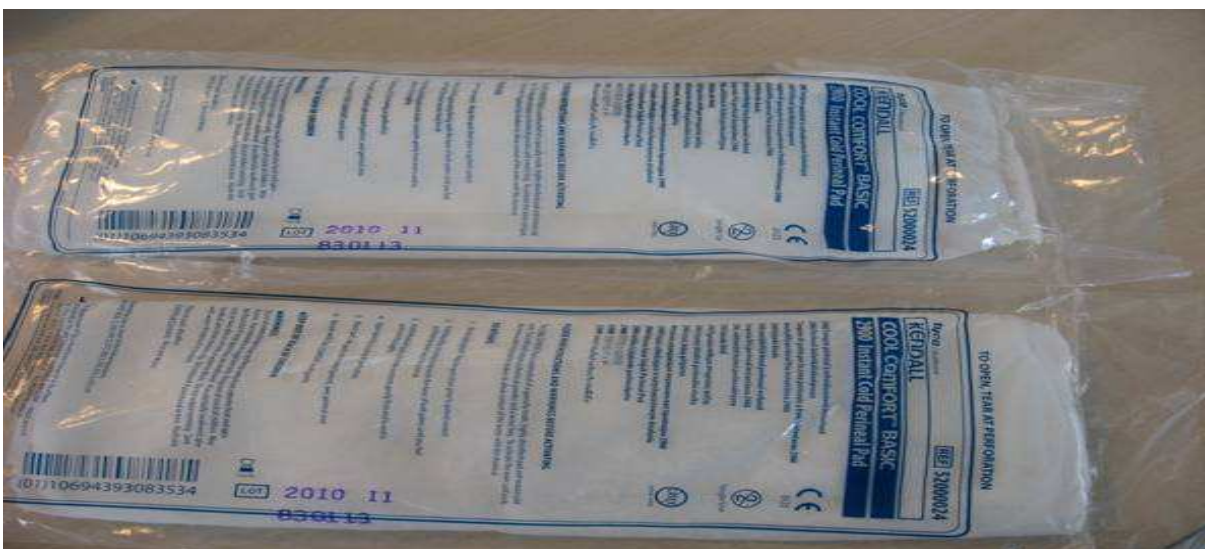


Obrázok 1. Prístroj na chladenie a ohrev pacienta (archív autora)

Realizácia terapeutickkej hypotermie na KAIM Trnava

Vo FN Trnava sa začína proces terapeutickkej hypotermie už počas transportu pacienta RLP, ktorá organizačne patrí pod našu FN.

Hypotermiu počas transportu zaisťujú záchranári pomocou špeciálnych chladiacich balíčkov. Po prijatí pacienta na lôžkovú časť KAIM im tieto balíčky vymeníme za nepoužité.



Obrázok 2. Chladiace balíčky (archív autora)

Proces chladenia pokračuje podávaním chladených infúzií a externým chladením podľa zavedeného protokolu kliniky. Cieľom chladenia je dosiahnutie teploty telesného jadra $32 - 34\text{ }^{\circ}\text{C}$ po dobu 24 hodín. Proces zohrievania pacienta je pasívny.



Obrázok 3. Chladenie pacienta po KPR (archív autora)

Záver

Optimálny neurologický výsledok je cieľom KPR pri náhlej srdcovej zástave. Rýchle ochladenie môže k tomuto cieľu prispieť a preto ho volíme ako záchrannú terapiu vo všetkých prípadoch, kedy jej priaznivý účinok prevyšuje možné komplikácie.

Pokiaľ miernu terapeutickú hypotermiu volíme ako záchrannú terapiu pre funkcie CNS, musí byť zahájená čo najskôr a musí byť vedená jednotným protokolom a dokumentáciou.

Zoznam použitej literatúry:

1. SANDERS, A. B.: Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. *Curr. Opin. Crit. Care*, 12/2006, 213, 217s.
2. DRÁBEK, : Terapeutická hypotermia po náhlej srdcovej zástave a po KPR. Referátový výber, 3/2006
3. HACHIMI IDRISSE, S.: Hypothermia as treatment in cardiac arrest ICU. *Management*, 7/2007, 18, 19, 20 s.
4. DRÁBKOVÁ, J.: Telesná teplota a súčasné ucelené názory. Referátový výber 4/5 2008.

Kontakt:

Mgr. Dana Lančaričová
FN Trnava, KAIM
A. Žarnova 11
917 01 Trnava

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O ZAVEDENÝ HRUDNÝ DRENÁŽNÝ SYSTÉM U PACIENTA

Katarína Kušnierová
Jaroslava Repická
Miroslav Jašíček

FN L. Pasteura Košice, OAIM

Abstrakt

Autori sa v úvode príspevku zamerali na objasnenie pojmov drenáže, drénov a drenážnych systémov. Poukazujú na rozdelenie drénov podľa typu sania . Zvlášť sa venujú komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o zavedený hrudný drenážny systém u pacienta. Poslucháči sa dozvedia ako sa správne starať o zavedenú drenáž, ako s ňou manipulovať a ako rozpoznať možné komplikácie po jej zavedení. Cieľom prezentácie je poukázať na správnu starostlivosť o drenážne systémy a zamedzeniu tak možným komplikáciám.

Kľúčové slová: Drény. Drenážne systémy. Hrudná drenáž.

Používanie drénov, drenážnych systémov v chirurgii významne ovplyvňuje celkový proces hojenia. Nahromadený obsah môže ohroziť celý organizmus tým, že pôsobí na okolité tkanivo mechanicky, toxicky a je živnou pôdou pre mikroorganizmy. Z telových dutín, orgánov, rán odvádzajú tekutý obsah (krv, žlč, pankreatickú šťavu, črevný obsah, lavážnu tekutinu, hnis...) a vzduch (drenáž hrudníka)drenážne systémy.

Každý drén by mal byť aplikovaný tak, aby sa mohla využiť jeho prípadná dlhodobá aplikácia. Základnou požiadavkou na materiál, z ktorého sú drény vyrobené je biostabilita a biokompatibilita. To znamená, že drén by sa nemal rozkladať pod vplyvom telových tekutín, nemal by podliehať sekundárnym štrukturálnym zmenám (tuhnutie, zmeny povrchu) a nemali by sa z neho uvoľňovať toxické látky. Každý drén by mal byť hydrofóbny. Medzi najvhodnejšie materiály patrí silikón a polyuretán. Polyvinylchlorid PVC nespĺňa vyššie uvedené podmienky, používa sa len na odpadové vaky a spojovacie hadičky. Drény sa vyrábajú v dĺžkach 40 – 50 cm s niekoľkými otvormi na konci. Šírka drénu sa rozlišuje na stupnici podľa Charriéra alebo podľa

stupnice French. Podľa tvaru je možno deliť drény na kapilárne, prúžkové (rukavicové) a trubicové.

Z indikačného hľadiska sa drény rozdeľujú na profylaktické – signálne, detekčné a terapeutické – drenáž abscesov a infikovaných ložísk. Každú profylaktickú drenáž je v prípade potreby možné použiť aj ako terapeutickú. Profylaktickú drenáž patofyziologicky odôvodňujeme tým, že inak nahromadené fyziologické tekutiny v ohraničených priestoroch spôsobujú narušenie hojivých procesov, sú živnou pôdou pre infekcie a obmedzujú fyziologické funkcie priliehajúcich orgánov.

Z fyzikálneho hľadiska rozdeľujeme drenáž na:

- a) pasívnu – otvorená rana, spádová drenáž
- b) aktívnu – obsah drénov je aktívne odsávaný zariadením vyvolávajúcim podtlak

Iné delenie z fyzikálneho hľadiska je delenie drenáže na prirodzenú a umelú:

1. prirodzená - dosiahne sa incíziou, excíziou, ponechaním rany bez sutúry – sekrét odteká spontánne

2. umelá

- spádová (gravitačná) – odsáva sekrét v smere prirodzeného spádu (vlastnou tiažou)
- odsávacia – využíva podtlak vytvorený v podtlakových fľašiach
- nasávacia (kapilárna, cigaretová) – odsáva sekrét na princípe kapilárneho nasávania
- preplachová – používa sa pri hnisavých ranách na odvádzanie sekrétu z uzavretého priestoru, robí sa laváž

Z hľadiska komunikácie s vonkajším prostredím je možné drény rozdeliť na:

- a) otvorené, ktoré majú voľnú komunikáciu s atmosférou, tlakové pomery v atmosfére sa u nich uplatňujú voľne
- b) zatvorené, ktoré nekomunikujú voľne s atmosférickým prostredím, sú napojené na drenážne systémy, v ktorých sa vyvíja podtlak, alebo komunikujú s vonkajším atmosférickým prostredím len prostredníctvom mechanickej chlopne alebo vodného ventilu.

Typická kapilárna drenáž pozostáva z vystlania dutiny alebo rany vrstvou gázy a potom dlhými pruhmi gázy, ktorej konce vyčnievajú z rany. Jeho účinnosť je obmedzená, pretože gáza obalená fibrínom neskôr pôsobí v rane ako cudzie teleso.

Podobne pôsobia otvorené trubicové penros drény a rukavicové gumové drény, ktorých účinok pozostáva z udržiavania otvorenej rany a uskutočňovania prirodzenej otvorenej drenáže.

Odlišné je pôsobenie trubicového drénu ak je napojený na zatvorený systém. Ak je drenážny systém súvislo naplnený tekutinou uplatňuje sa hydrostatický tlak vodného stĺpca a drenážny systém sa stáva aktívny. Tento princíp funguje len ak je celý drenážny systém naplnený tekutinou bez vytvorenia vzduchovej bubliny.ak sa doň dostane vzduch, ruší sa účinnosť nasávania a drén začne pôsobiť len pasívne.(T- drény).

Osobitným typom drenáže je drenáž Redonom (1954). Tento spôsob drenáže používa tenké (8-16 F) početne perforované VC trubicové drény zavedené špeciálnou ohnutou ihlou, ktoré sa po napichnutí na požadované miesto napojí pomocou spojovacej hadičky na fľašu s trvalým podtlakom. Každá redonová fľaša má indikátor podtlaku.

Preplachové drenáže sú osobitnou modifikáciou drenáže, majú prívod na aplikáciu preplachovacej tekutiny a osobitný vývod na odvádzanie preplachovej tekutiny z rany alebo orgánu.

Drenáž pleurálnej dutiny

Základnou úlohou tejto drenáže je vytvorenie a udržanie podtlaku v pleurálnej dutine a odvádzanie patologického obsahu. Najčastejšie lokalizácie pri pleurálnej dutine:

- – 3. medzirebrie v medioklavikulárnej čiare
- – 6. medzirebrie v strednej alebo zadnej axilárnej čiare.

Indikácie drenáže hrudníka:

- pneumotorax - voľný vzduch v pleurálnej dutine
- hemotorax – krv v pleurálnej dutine
- poranenie hrudníka
- hemopneumotorax
- empyem – hnisavý výpot v pleurálnej dutine
- Fluidotorax – pleurálny výpotok
- Chylotorax – prítomnosť chylu.

Pri nekomplikovaných stavoch s drenážou pleurálnej dutiny funguje spoľahlivo Bůlauova drenáž – trubicový drén, ktorého odvodný koniec vedie do zbernej nádoby pod vodnú hladinu – hĺbka ponoru rúrky je 2,5 cm alebo 4 – 10 cm. Kratší ventil

zaisťuje komunikáciu priestoru nad hladinou vo fľaši s vonkajším prostredím. Hladina vody sa pohybuje podľa dýchania - pri nádychu nahor, pri výdychu nadol.

Pri výkonoch na pľúcach sa štandardne používa dvojflaškový alebo trojflaškový regulovaný drenážny systém.

- Dvojflaškový systém - pozostáva s fľaše s vodným uzáverom a fľaše na hromadenie tekutín. Podobá sa Bulauovej drenáži s tým rozdielom, že odchádzajúce tekutiny či vzduch ostávajú v prvej zbernej fľaši a nedostanú sa do vodného uzáveru. Systém využíva gravitáciu a napojený je na vodnú vývevu alebo elektrické odsávacie zariadenie.
- Trojflaškový systém - prvá fľaša je na zber sekrétu, druhá fľaša je tzv. vodný ventil – ponor rúrky je 2 cm, tretia fľaša slúži na ovládanie odsávaného množstva, slúži na nastavenie podtlaku v systéme (závisí od ponorenia rúrky pod hladinu - 20 cm).

Ošetrovateľská starostlivosť:

- hrudná drenáž by sa mala zaviesť už priamo na operačnom sále,
- neprípustné je zapeánovanie hrudných drénov počas prevozu – drén by mal byť napojený a pacient transportovaný aspoň s Búlauovou fľašou,
- spojenie drenážneho systému musí dokonale tesniť a musí byť zaistený proti náhodnému rozpojeniu, akákoľvek netesnosť spôsobuje zlyhanie drenáže,
- hrudný drén musí byť dostatočne fixovaný stehmi a náplastou,
- hrudný drén sa sterilne preväzuje 1x denne v rámci celkovej hygieny a podľa potreby,
- pacient nesmie ležať na spojovacích a drénovacích hadiciach, hadice by mali prebiehať horizontálne po lôžku pacienta a zostupovať do zberných nádob relatívne kolmo, nemali by vytvárať U,
- je dôležité pravidelne kontrolovať priechodnosť drénu,
- je potrebné sledovať a upravovať hladinu sterilného roztoku a tým udržiavať podtlak,
- každý drenážny systém musí byť uložený pod úrovňou hrudníka pacienta z dôvodu možného rizika návratu sekrétu späť do hrudnej dutiny
- v prípade výmeny drenážneho systému je nutné drén uzavrieť u pacienta dvomi peánmi proti sebe, aby sa zamedzilo vniknutiu vzduchu do hrudnej dutiny,

- do dokumentácie musí byť zaznamenané množstvo a farba sekrétu,
- v prvých hodinách po operácii sa odporúča meranie odpadu z drénu každú hodinu.

Všeobecné zásady použitia drénov

- akýkoľvek drén sa v organizme chová ako cudzie teleso
- nepoužívať drén tam, kde na to nie je dostatočná indikácia
- používať drén len tak dlho ako je nevyhnutne potrebné
- nevyvádzať drén cez operačnú ranu
- nepoužívať neprimerane tuhé drény v blízkosti veľkých ciev, nervových zväzkov a šliach
- dostatočne fixovať drén ku koži
- myslieť na to, že drén môže byť aj cestou zavedenia infekcie do rany
- dávať prednosť kvalitnejším drenážnym systémom.

Komplikácie a chyby:

- Ošetrovateľská starostlivosť by mala byť opatrná, aby nedochádzalo ku komplikáciám, pri akomkoľvek ošetrovateľskom výkone je nevyhnutné kontrolovať pozíciu drénu a voľnosť drenážneho systému.
- Ak dôjde k neplánovanému vytiahnutiu drénu, je potrebné kryť ranu sterilným tampónom a dôkladne prilepiť, všetko sa musí nahlásiť lekárovi.
- Najčastejšou príčinou vzniku podkožného emfyzému je povytiahnutý, nepriechodný alebo nesprávne zavedený hrudný drén.
- Kašeľ, bolesť – príčinou môže byť potiahnutie drénu z dôvodu nešetrnej manipulácie pri polohovaní alebo toalete.
- Zbytočne dlhý drenážny systém umožňuje stagnáciu sekrétu v hadiciach, čím sa zvyšuje riziko vzniku infekcie.
- Príliš krátky drenážny systém, je príčinou častého ťahu za drén, čím sa zvyšuje riziko vytiahnutia drénu.
- V prípade rozpojenia drénu je nutné okamžite peánom uzavrieť drén zavedený do hrudníka, konce vydezinfikovať a napojiť. U pacienta na UPV nasatie vzduchu do hrudnej dutiny nehrozí. U pacientov na spontánnej ventilácii vznikne pneumotorax, ktorý sa musí odsasť a až tak sa môže pokračovať v drenáži.

- Tenzný pneumotorax môže vzniknúť ak je drén nepriechodný u pacienta, ktorý je na UPV a bol zadrénovaný pre trvalý únik plynov. Tento stav bezprostredne ohrozuje život pacienta.
- Medzi komplikácie patrí aj infekcia. Prevenciou je dodržiavanie zásad aseptického ošetrovania pri opakovaných preväzoch.

Transport pacienta so zavedeným hrudným drénom

Drén sa neuzatvára, ponecháva sa jednosmerne priechodný. Odpojí sa od drenážneho systému, na koniec drénu sa pripevní prst zo sterilnej rukavice, utesní sa a špička rukavice sa nastrihne. Počas transportu sa kontroluje funkčnosť drénu, auskultačne sa sleduje dýchanie pacienta, monitoruje sa saturácia O₂. Pred každým odpojením a napojením drénu na aktívny drenážny systém musí byť drén zaistený peánmi.

Odstránenie hrudného drénu

Hrudný drén je možné odstrániť, ak neodvádza vzduch a sekrécia z drénu nepresahuje 100ml za 24 hodín. Sestra pripraví sterilný stolík a asistuje lekárovi. Počas rušenia musí byť drén na aktívnom saní, extrakcia hrudného drénu musí byť primerane rýchla, aby nedošlo k vniknutiu vzduchu do pleurálnej dutiny. Koniec drénu sa podľa ordinácie lekára posieľa na kultivačné vyšetrenie. Otvor sa založí stehom alebo vazelínovou plombou, prekryje sa sterilným štvorcem. Urobí sa kontrolný RTG snímok, monitorujeme stav pacienta a sledujeme hojenie rany.

„ Je lepšie mať drenáž a nepotrebovať ju, ako nemať drenáž a potrebovať ju.“ (Hess, 1961)

Zoznam použitej literatúry:

1. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: Ošetrovatel'stvo – teória. Martin: Osveta, 2005. 215s. ISBN 80-8063- 182-4.
2. KAPOUNOVÁ, G.: Ošetrovatel'ství v intenzivni péči. Praha: Grada, 2007, 385 s. ISBN: 978-80-247-1830-9
3. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R.: Ošetrovatel'stvo1. Martin: Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0.

4. KRIŠKOVÁ, A. a kol.: Ošetrovateľské techniky. Martin: Osveta, 2001, 803s. ISBN 80-8063-087-9.
5. KUBICOVÁ, Ľ. A kol.: Chirurgické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2005, 152s. ISBN 80-8063-173-X
6. TRACHTOVÁ, E.: Potreby nemocného v ošetrovatelském procese. 2001. 184 s. ISBN 80-7013-324-8.
7. Internet

Kontakt:

Bc. Katarína Kušnierová
Pod horou 2
040 16 Košice
Mobil: 0902579106

BED SIDE PROCEDÚRA – TÍMOVÁ SPOLUPRÁCA

Lucia Behunová
Mária Oravcová
Štefan Mamaj

DFN Košice, III.KPAIM, Tr.SNP č.1, 040 11 Košice

Abstrakt

Na Klinike pediatrickej anestézie a intenzívnej medicíny vykonávame od roku 2005 tracheotómiu u detského pacienta pri lôžku – bed side procedúra. Ide o spoluprácu lekára ORL, inštrumentárnych sestier, anesteziológa a anesteziologickej sestry. Tracheotómia, ako spôsob zabezpečenia priechodnosti dýchacích ciest nie je výnimkou ani u detského pacienta. Ide o chirurgický operačný výkon v indikovaných prípadoch a nesie so sebou riziká komplikácií. Nemenej dôležitou je následná pooperačná starostlivosť ako aj ošetrovateľská starostlivosť dlhodobého charakteru. Deti sa s tracheostomickou kanylou dostávajú čoraz častejšie na bežné detské oddelenia, do ambulancií prvého kontaktu ako aj do domáceho prostredia. Sme pripravení?

Kľúčové slová: Tracheotómia, Detský pacient, Bed side procedúra.

Alternatívne spôsoby spriechodnenia dýchacích ciest priamo cez tracheu sú známe už z obdobia pred našim letopočtom, kedy v roku 100 opísal Asclepiades incíziu na zlepšenie dýchania. Následne r. 131 nášho letopočtu Galen objasnil anatómiu laryngu a trachey. V roku 1620 Habicot popísal tracheotómiu u 14 ročného chlapca – pravdepodobne prvá úspešná tracheotómia u dieťaťa. Trousseau v roku 1833 opísal 200 pacientov s diftériou liečených tracheostómiou, z toho 50 bolo detí. O sto rokov neskôr Wilson odporúčal profylaktickú tracheostómiu u pacientov s poliomyelitídou.

Zavedenie kanyly do trachey – tracheostómia (TS), je jedným zo základných chirurgických výkonov ako u dospelých, tak aj u detí. V súčasnosti má svoje jedinečné miesto zvlášť na oddeleniach anestézie a intenzívnej medicíny.

Realizuje sa ako výkon emergentný, kedy by sa mala uprednostniť koniotómia, urgentný alebo elektívny. Urgentná tracheostómia sa vykonáva u pacientov v akútnej respiračnej tiesni a elektívna TS sa realizuje u pacientov už intubovaných pre potreby

dlhodobej umelej pľúcnjej ventilácie, alebo v rámci operácií na krku. Podľa dĺžky trvania ide o tracheostómiu dočasnú, alebo trvalú.

Výhodami tracheostómie sú: zmenšenie mŕtveho dychového priestoru, skrátenie doby odpájania od UPV, menšie poškodenie laryngu, funkčná glotis, trvalý prístup do dýchacích ciest /DC/, lepšie odsávanie sekrétov, jednoduchosť znovuzavedenia pri dislokovaní /po vyzretí stomického kanála/, dôkladnejšia orálna hygiena a nižšie riziko poranenia DÚ, jednoduchšia manipulácia s pacientom, väčší komfort pacienta, nižšia potreba sedácie / analgézie, možný príjem per os, možnosť rozprávať.

Nevýhodou je nutnosť operačného výkonu, riziko stenózy trachey v mieste tracheotómie a kozmetické následky.

Neexistujú žiadne absolútne kontraindikácie pre tracheostómiu pediatrického pacienta a indikáciou je zabezpečenie priechodnosti dýchacích ciest, pľúcne príčiny a iné.

Priechodnosť DC: subglotická stenóza, paralýza hlasiviek, anatomické nepomery v orofaciálnej oblasti (Pierre – Robin, Treacher – Collins syn.), spánkové apnoe, infekcie (epiglottitída), TEF, tumor, poranenie krku a orofaciálnej oblasti, aspirácia, cudzie teleso.

Pľúcne príčiny: bronchopulmonárna dysplázia, poranenia hrudnej steny, postihnutia bránice, chronické pľúcne ochorenia, potreba dlhodobej ventilácie (neúčinná toaleta DC)

Iné: atrézia pažeráka, neurologické príčiny (poškodenie centra pre dýchanie), neuromuskulárne ochorenia

U novorodencov je tendencia k dlhodobej intubácii pre udávané menšie riziko subglotickej stenózy. Tiež u dojčiat sa prikláňa k dlhodobejšej intubácii (aj 3 – 4 týždne). Napriek tomu v posledných rokoch pribúda detí s tracheostómiou, z ktorých je 50 % mladších ako jeden rok. U detí treba zvlášť obozretne zvážiť risk / benefit tejto procedúry .

Tento stúpajúci trend posledných rokov je aj na našom pracovisku, kde od roku 2005 vykonávame tracheostómiu priamo na lôžku pacienta ako bed side procedúru s bed side anestéziou. Nutná je spolupráca ORL lekára, inštrumentárnych sestier, anestéziológa a anestéziologickej sestry.

U indikovaného pacienta je povinnosťou anestéziologickej sestry:

- overiť či je pacient nalačno,

- skontrolovať prítomnosť a funkčnosť ambuvaku s adekvátnou veľkosťou tvárovej masky, pripojenie na zdroj kyslíka,
- skontrolovať funkčnosť odsávacieho zariadenia a pripraviť katéter vhodnej veľkosti,
- pripraviť tracheostomickú kanylu v troch veľkostiach, predpokladanú veľkosť podľa doterajšej endotracheálnej kanyly a o číslo menšiu, pre prípadný opuch trachey v mieste incízie, o číslo väčšiu podľa operačného nálezu
- pripraviť lieky podľa ordinácie anesteziológa.
- zabezpečiť vhodnú polohu dieťaťa
- dodržiavať zásady asepsy a vyvarovať sa kontaminácii operátora, operačného poľa a operačnej sestry

Dieťa je vo väčšine prípadov už dlhodobo na ventilátore, tzn. intubované, či už nosom, alebo ústami. Vo všetkých prípadoch podávame intravenóznou bed side anestéziu s použitím relaxancií. Používame Propofol, Sufentu alebo Morfín, Tracrium, zriedka Arduan. Často sa pridávajú benzodiazepíny. Na ventilátore nastavujeme FiO₂ 100%, ostatný ventilačný režim, vo väčšine prípadov tlakom kontrolovanú ventiláciu ponechávame.

Dieťaťu podložíme ramienka, hlavičku fixujeme do kolieska, alebo po stranách. Treba sa vyhnúť veľkému záklonu hlavy pretože to môže zúžiť dýchacie cesty. Pod bradou vedieme prúžok leukoplastu, ktorý uchytíme po stranách postieľky. Zabezpečuje, aby boli štruktúry krku v strednej čiare. Operatér dezinfikuje a rúškuje operačné pole. Výkon prebieha za sterilných podmienok.

U detí do 1 roku sa robí vertikálny rez väčšinou medzi 2.-3. chrupavkou trachey, nasadzujú sa „stay sutures“ – poistné stehy. U väčších detí sa väčšinou robí „U“ rez a výchlipka sa fixuje ku koži. Tiež sa nasadzujú poistné stehy.

Používa sa TS kanyla väčšinou rovnakého priemeru ako endotracheálna kanyla, ktorou je dieťa intubované, alebo podľa operačného nálezu eventuálne širšia. Všeobecné pravidlo pri veľkosti kanyly je 3/4 priemeru trachey. TS kanyly sú až na malý počet bez balónika (čo môže byť v neprospech pri agresívnejšej ventilácii s vyšším inspiračným tlakom).

Príliš krátka TS kanyla môže poškodiť zadnú stenu trachey, spôsobiť obštrukciu a ulceráciu. Príliš dlhá sa ohýba smerom dopredu a poškodzuje prednú stenu trachey, čo môže byť veľmi blízko inominátnej artérie. V niektorých prípadoch, kedy veľký únik zhoršuje možnosti ventilácie dieťaťa používa sa tracheostomická kanyla s balónikom. Tlak v tesniacej manžete sa meria manometrom (do 25mmHg). Trachea u detí je mäkká, poddajná, čo zvyšuje riziko perforácie zadnej stany trachey.

Pooperačne tracheostomickú kanylu fixujeme stužkou okolo krku s vôľou na jeden prst. Podložíme nastrihnutý sterilný gázový štvorec pod krídla TS kanyly. Prepojíme ventilačný okruh z ETK, ktorú sme vytiahli na TSK. Môžeme pre lepšiu manipuláciu vradiť husí krk, no zväčšujeme mŕtvý priestor ventilácie. Dieťa uložíme do strednej čiary, vypodložíme, aby sme zabránili voľnému pohybu kanyly.

Štandardne robíme u všetkých detí pooperačný RTG snímok hrudníka na overenie polohy TS kanyly a eventuálnych pooperačných komplikácií. V ďalšom priebehu je potrebné overiť prínos tracheostómie odobratím vzorky krvných plynov a event. upraviť ventilačný režim.

Ošetrovateľská starostlivosť o TS kanylu je realizovaná štandardným postupom nášho zdravotníckeho zariadenia. S cieľom zachovať priechodnosť dýchacích ciest, uľahčiť ventiláciu a predchádzať vzniku infekcií. V praxi sestry chránia seba i pacienta používaním tvárovej masky, sterilných rukavíc, sterilných jednorazových odsávacích katétrov.

Nevyhnutné je pravidelné odsávanie (zvlášť u čerstvo založenej TS kanyly). Čerstvo narušená trachea produkuje množstvo hlienov, preto je potrebné časté odsávanie (aj á 15 min.). Odsávame len v dĺžke TS kanyly (plus 0.5 cm), aby sme predišli ulcerácii trachey a tracheitíde. Do dýchacích ciest vstupujeme bez aktívneho odsávania. Čas odsávania by mal byť do 10 sekúnd, pretože odsávanie blokuje dýchacie cesty a odsáva vzduch z pľúc, čo zhoršuje ventiláciu pacienta. Pri odsávaní mierne rotujeme katétrom, čím predchádzame poškodeniu tkaniva. Sledujeme farbu, objem, konzistenciu sekrétov, priechodnosť kanyly, miesto incízie. Realizujeme laváže s fyziologickým roztokom (1 – 5 ml).

V rámci pooperačného monitoringu sledujeme krvný tlak, pulz, dýchanie, saturáciu hemoglobínu kyslíkom pomocou pulzného oxymetra, krvné plyny – ABR, RTG. Dyspnoe, znížené hodnoty saturácie hemoglobínu kyslíkom, kašeľ, cyanóza, agitovanosť, zvýšená sekrécia hlienov sú indikácie pre odsatie tracheostomickej kanyly.

Zvlhčovanie zabezpečujeme u ventilovaných pacientov kaskádovými zvlhčovačmi, u spontánne dýchajúcich pacientov zvlhčovanie zabezpečuje umelý nos. Ak dieťa netoleruje umelý nos, priebežne zvlhčujeme kvapkami fyziologického roztoku sliznicu dýchacích ciest dieťaťa.

Fixačnú šnúрку meníme pri rannej toalete a vždy pri znečistení, sterilné gázové vypodloženie meníme 2x denne a vždy pri znečistení, samotné okolie vstupu ošetrujeme jódovými preparátmi (Betadine).

Po 5 – 7 dňoch, alebo podľa klinického stavu sa tracheostomická kanyla vymieňa, väčšinou za kanylu rovnakého priemeru. Spolu s výmenou TSK realizujeme aj výmenu dýchacieho okruhu ventilátora, ako prevenciu ventilátorových pneumónii. U chronických pacientov realizujeme výmenu TSK a ventilačného okruhu raz za mesiac. Pri pozitívnej BAL meníme tracheostomické kanyly a ventilačné okruhy ihneď.

V očakávanom prípade sťaženej výmeny si môžeme pomôcť zavedením odsávacieho katétra do tracheostomickej kanyly, túto vytiahnuť po katétri a novú zaviesť ako po vodiči na potrebné miesto.

Realizácia tracheostómie nesie so sebou riziko vzniku komplikácií okamžitých (intraoperačné krvácanie, pneumotorax alebo pneumomediastinum, poškodenie okolitých štruktúr, postobštrukčný edém pľúc), skorých (zvyčajne je výsledkom zvýšenia tlaku krvi pri prebúdzaní z anestézie, upchatie kanyly hlienom, tracheitída, dislokácia kanyly, subkutánnny emfyzém, pneumotorax, atelektáza), neskorých (krvácanie – po viac ako 48 hodinách, tracheomalácia, stenóza, tracheoezofageálna fistula, tracheokutánnna fistula, granulácie, jazvy, nemožnosť dekanylácie)

Deti, ktorých zdravotný stav si nevyžaduje intenzívno-resuscitačnú starostlivosť, ale mali tracheostomickú kanylu sme boli nútení prekladať na bežné detské oddelenia, kde boli „raritou“. Rastúci trend počtu tracheostomovaných detí mení túto situáciu a zároveň si vyžaduje náročnú starostlivosť pred, počas ale aj po samotnom operačnom výkone. Z tohto dôvodu sestry detských oddelení získavali praktické zručnosti v starostlivosti o tracheostomované dieťa kolovaním na KPAIM.

Deti spontánne dýchajúce pomocou TSK sú v dispenzárnej starostlivosti ORL ambulancie. Rodičom, ktorí prejavili záujem starať sa o svoje deti v domácom prostredí, hoc potrebujú umelú pľúcnu ventiláciu pomáhame sa do neho čo najskôr vrátiť.

Okrem schválenia a materiálne – technického zabezpečenia príslušnou zdravotnou poisťovňou je dôležité rodičov – laikov edukovať v tom čo je pre nás každodennou prácou v starostlivosti o ich dieťa, ktoré je ale viac či menej závislé na

prístrojoch. Po príchode do domáceho prostredia, majú možnosť telefonickej konzultácie s lekárom CPA, KPAIM, servisnými technikmi a sú „zásobovaní“ raz mesačne špeciálnym zdravotníckym materiálom cestou nášho oddelenia.

Deti s tracheostomickou kanylou sa tak častejšie dostávajú na bežné detské oddelenia, do ambulancií prvého kontaktu ako aj do domáceho prostredia. Tracheostomia dáva šancu nielen deťom, ale aj ich rodinám po zvládnutí všetkých „maličkostí“ sa včleniť do spoločnosti. Nám to dáva priestor vylepšovať poskytovanú starostlivosť deťom, ktoré to potrebujú.

Zoznam použitej literatúry:

1. KAPOUNOVÁ, G.: Ošetrovatelství v intenzívni péči. 1.vydanie. Praha: Grada 2007, 352 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1830 – 9
2. JAEGER, J. M., LITTLEWOOD, K. A., DURBIN, CH. G.: The Role of Tracheostomy in Weaning from Mechanical Ventilation. In: Respiratory Care, April 2002. Dostupné: www.rcjournal.com
3. MORGAN, CH. E.: Tracheostomy. Dostupné: www.emedicine.com/ent/topic356.htm
4. Dostupne na internete: <http://www.blankchildrens.org/documents/Trach%20Book.pdf>

Kontakt:

Lucia Behunová
DFN Košice, III.KPAIM
Tr.SNP č.1
040 11 Košice

TÝRANÉ DIEŤA – DIAGNÓZA, KTORÁ PRESTÁVA BYŤ TABU

Alexandra Haňová
Adriana Pazderáková
Magdaléna Rišková

Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny Michalovce

Abstrakt

Problematika týraného jedinca nie je témou, s ktorou by sme sa stretávali denno denne. Keď sa však z času na čas objaví a srdcervúce príbehy zaplnia stránky bulvárnej tlače, spustí sa vlna davovej psychózy. V očiach laickej či nezainteresovanej verejnosti však táto téma po krátkom čase opäť upadne do zabudnutia až vyvoláva pocit, že čaká na svoju ďalšiu obeť... Pokiaľ budeme všetci pristupovať k tejto problematike ľahostajne a budeme sa tváriť že sa nás netýka, nemôžeme chcieť od spoločnosti, aby sa správala lepšie, zodpovednejšie, uvedomelejšie.

Kľúčové slová: Týrané dieťa. Pacient. Rodina. Starostlivosť. Kazuistika.

ÚVOD

Práca na OAIM. Každý deň je iný. Ani jeden sa neopakuje. Tak ako deň, aj každý príjem pacienta na oddelenie je špecifický- "neopakovateľný". Nikto z nás nedokáže dopredu určiť, čo je hlavnou príčinou zlyhávania, či dokonca až zlyhania zdravia. Z tohto dôvodu je neraz dôležitá hospitalizácia pacienta v zdravotníckom zariadení. Ak je potrebné hospitalizovať dieťa, je to pre rodiča, no predovšetkým pre dieťa nepríjemným, možno až skľučujúcim zážitkom. Aby všetky naše intervencie smerovali k pozitívnemu efektu, je dôležité nezanedbať ani jednu zložku - či už je to odobratie anamnézy, diagnostika a s prípadom súvisiaca následná liečba. V praxi sme sa už poniektorí stretli s týraným jedincom. Prežívame to o to ťažšie, ak je ním dieťa.

Najčastejšie sú rizikovými – sociálne skupiny detí:

- z menej podnetného sociálneho prostredia (na hranici chudoby, deti bezdomovcov, simplexných rodičov)
- mladých alebo osamelých matiek, z viacdenných, ekonomicky slabých rodín
- príslušníkov iných kultúrnych, etnických skupín a menšín (deti utečencov, prisťahovalcov)

- zanedbávané, týrané a zneužívané deti (syndróm CAN)“

Prednedávnom sme na našom oddelení mali prípad týraného dieťaťa, preto by sme Vám ho chceli prezentovať formou kazuistiky.

KAZUISTIKA

Dňa 20. 2. 2009 nám rýchla lekárska pomoc telefonicky hlási "príjem". Ide o pacienta, respektíve dieťa v bezvedomí. Je intubované. Na oddelení okamžite nastali prípravy na urgentný príjem. Príprava boxu, monitoringu, dýchacieho aparátu, lekárskeho tímu a tímu sestier. O 10. 40. hod. bol na OAIM v Michalovciach privezený 17- ročný chlapec.

ODOBRATÁ ANAMNÉZA:

Rodinná: pre stav bezvedomia nemožno odobrať

Osobná: telesne postihnutý, nanizmus s malformáciou hrudníka, vo februári 2009 bol ošetrovaný na chirurgickom odd. v Humennom pre pád z výšky 1, 5 m z okna, mal hematómy na tvári, udreté koleno. Následne o 6 dní bol vyšetrený na infekčnom odd. v Humennom pre náhodne zvýšené HS a TA, infektológom bol doporučený Flavobion.

Lieková: nezistená

Alergická: pre stav nemožno odobrať

Sociálna: žije s rodičmi, stará sa o neho matka, na základe aktuálneho vzhľadu predpokladáme, že ide o týraného jedinca

Terajšie ochorenie: Podľa udania matky sa synovi vytočili horné končatiny a vykrútilo mu ústa. Lekárom RLP pacient pritlmený Propofolom, prevedená OTI v topickej anestézii, napojený na riadené dýchanie. Kanylovaná cieva, pre nemerateľný TK a akciu srdca 40 pulzov/ min. napojený Noradrenalín a Tensamín, pre ťažkú hypoglykémii (0,8mmol/l) podaná G 40% a následne realizovaný transport na OAIM.

Teda primárnym dôvodom hospitalizácie bol EPI záchvat s poruchou vedomia, obehový kolaps a dychová nedostatočnosť s riadenou ventiláciou.

Objektívne: Bezvedomie je čiastočne navodené medikamentózne, pri prijme je pacient bez EPI záchvatu, na pravom viečku má čerstvý hematóm v rozsahu cca 3 x 3 cm, má mnohopočetné hematómy v rôznych štádiách hojenia na ramenách, hrudníku, po bokoch nad trochantermi, tvár i celé telo sú bledé, na prstoch rúk i nôh sú prítomné omrzliny I. stupňa. Je značne podvyživený (17 kg) a podchladený (TT nemožno zmerať ani v konečníku). Svalstvo celého tela je hypotrofické, DK sú presiaknuté – edematózne.

Pacient je intubovaný, je zabezpečené riadené dýchanie, SpO₂ nesníma. Akcia srdca je prítomná, no pulz na periférii je nehmatný, len centrálné na veľkých cievach (pri príjme už 101 úderov/ min), TK naďalej nemerateľný, GCS 3-4.

Brucho je meteoristické, napnuté a lesklé, peristaltiku nepočuť, cez brušnú stenu možno nahmatať skybalá.

1. deň

10, 40 hod.

Po príchode RLP dieťa umiestnené na resuscitačné lôžko, napojené na dýchací ventilátor s režimom CMV, dieťa zamonitorované, zavedený PK, sledovaná hodinová diuréza uzavretým setom, zavedený rektálny teplomer, ŽS pre zaistenie výživy od prvého dňa. Pri príjme odobraté odbery podľa ordinácie lekára. Prizvané a v priebehu hodiny realizované pediatrické, traumatologické, neurologické a chirurgické konzílium.

11, 40 hod.

Dieťa sa začína preberať, dýchací režim zmenený na SPONT. TK už možno zmerať (80/40 torr), no vazopresory ponechané naďalej. TT opätovne nemerateľná. Pre zahriatie organizmu podávame prostredníctvom ŽS teplý čaj, nahriate prikrývky, postupne a pravidelne aplikujeme teplé termofory na slabiny. Pre zistené mnohopočetné hematómy, realizovaná fotodokumentácia. Pre podozrenie zo zanedbania starostlivosti o neplnoletú osobu oddelenský lekár informuje políciu.

13. 15 hod.

Dieťa odpájame od ventilátora, dýcha dostatočne O₂ cez Aerodyne.

14. 00 hod.

Realizované RTG vyšetrenie hrudníka a skeletu. Neurológ doporučuje CT vyšetrenie, ktoré realizujeme o 15. 00 hod.

16. 00 hod.

Pre nepriechodnosť kanylovej cievy a nutnosť parenterálnej výživy chirurgom prevedená preparácia žily v kubitálnej jamke.

18. 00 hod.

Stav pacienta sa rapídne zlepšuje, TK sa ustálil na hodnotách 120/ 70 torr, srdcová frekvencia 80/min, SpO₂ 98%. Pristupujeme k extubácii. O₂ podávame okuliarmi. Po šiestich hodinách konečne možno zmerať TT, rektálne dosahuje 35°C. Priebežná bilancia tekutín je v norme: príjem 1890 ml a výdaj 1220 ml.

Podľa ordinácie lekára podávame čerstvo mrazenú skupinovú plazmu a aplikujeme ostatné infúzie a medikamenty. Sledujeme vitálne funkcie, hodinovú diurézu. Dieťa

začína komunikovať a verbalizuje pocit hladu. Po príchode matky, ktorá predstiera utrápenie a strach o syna sa dozvedáme, že pacient trpí celiakiou. Napriek tejto informácii je evidentné, že matka nemá ani predstavu o tom, akú stravu má konzumovať jej dieťa. Jediné, čo dokáže udať je bezlepkový chlieb, ktorý nikdy nekupovala. Po odchode matky večer prebieha v poriadku. Dieťa je stabilizované, naďalej observované.

2. - 4. deň

Nasledujúce dni je pacient stabilizovaný a jeho zdravotný stav sa každým dňom zlepšuje. ŽS a PK rušíme, pacient prijíma bezlepkovú stravu. Dokáže skonzumovať len malé porcie, nakoľko sa zintenzívnili zažívacie ťažkosti (bolesti brucha, meteorizmus a časté riedšie stolice charakteristické u celiatikov). Keďže perorálny príjem začína postačovať, rušíme

i. v. prístup. Hematómy sa pomaly vstrebávajú, opuchy DK sa vďaka plazme a albumínu zmierňujú. Pacient je komunikatívny a jeho mentálna úroveň zodpovedá jeho fyzickému veku. V dobrom zdravotnom stave ho na štvrtý deň prekladáme na pediatrické odd. Somatické problémy súvisiace so zdravotným stavom sme na OAaIM zvládli veľmi úspešne v pomerne krátkom časovom intervale. Psychickú a sociálnu traumu pacienta už zverujeme do rúk odborníkov i keď vieme, že to bude komplikované a časovo náročné.

Naše zistenia po preložení pacienta:

- dieťa má ukončenú dochádzku na základnej škole (kde dosiahol dobré výsledky), od septembra by mal pokračovať v štúdiu na odbornej škole
- dieťa je v pestúnskej starostlivosti („mama“ – sestra jeho nebohej matky)
- dom, auto i nehnuteľný majetok, ktorý pestúni užívajú je majetkom tohto nepĺnoletého chlapca
- počas hospitalizácie na pediatrickom oddelení dieťa prospieva
- momentálne je umiestnené v DDS s ďalšími 9-timi deťmi a jeho prípad je stále v štádiu šetrenia
- ak budete mať dočinenia s podobným prípadom, zachovajte si dostatočný odstup - budete to prežívať ľahšie...

ZÁVER

V súčasnej, na jednej strane - neustále sa modernizujúcej dobe plnej počítačov, internetu a pokroku, a na strane druhej – v dobe zhoršujúcich sa medziľudských

vzťahov, stupňujúceho sa zla a násilia, mnohokrát zabúdame na spoločnosť, na ľudí. Viazne komunikácia a záujem o človeka ako takého, preto možno predpokladať, že sa v našom povolání budeme čoraz častejšie stretávať s prípadmi týraného jedinca.

Pred touto problematikou už nemožno zatvárať oči, pretože sa dotýka nás všetkých. Táto téma už nie je TABU. Stačí, že sa s prípadom podobným, aký sme Vám vykreslili my, stretnete v živote čo len RAZ, určite budete prežívať sklúčené pocity aké sme prežívali my a budete potrebovať nájsť silu pokračovať vo svojom poslaní.

Zoznam použitej literatúry:

1. DOKUMENTÁCIA HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA
2. MEŠKO, D., KATUŠČÁK, D. et al.: Akademická príručka. Martin: Osveta, 2004. 316s. ISBN 80-8063-150-6
3. TAMAŠKOVIČOVÁ, Z.: Neprospievanie dieťaťa. In: Sestra, roč. 7, 2008, č. 5-6, s. 36-38. ISSN 1335-9444
4. VONDRÁKOVÁ, E., SELICKÁ, D.: Sociálno-pedagogické a právne aspekty týrania, zneužívania a zanedbávania detí. In: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metódik, roč. 14, 2008, č. 1, s. 18-20. ISSN 1335-5090
5. ZÁVACKÁ, A. et al.: Hospitalizácia dieťaťa s matkou. In: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metódik, roč. 16, 2008, č. 2, s. 74-75. ISSN 1335-5090

Kontakt:

Alexandra Haňová
Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
NsP Š Kukurú, Špitálska 2
071 01 Michalovce

STAROSTLIVOSŤ O UMIERAJÚCE DIEŤA NA ODDELENÍ ANESTÉZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY

Miroslava Hargašová
Eva Janotová
Viliam Záborský
Martina Šperková

NÚSCH a.s., Detské kardiocentrum, Bratislava

Abstrakt

V prednáške prezentujeme pacientku s trizómiou chromozómu 21, postihnutím mozgu, vrodenou vývojovou chybou srdca, očí a rozvojom pľúcnej insuficiencie s nutnosťou hospitalizácie v Detskom kardiocentre na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM). Po kardiochirurgickej operácii prekonáva 2 závažné infekty DC s poškodením pľúc, opakovane respiračne zlyháva a ostáva závislá na ventilačnej podpore. Rodičia sa nevládzu pozerať na utrpenie svojej dcéry a prichádza ich rozhodnutie ukončiť aktívnu liečbu. Dieťa zomiera v náručí rodičov humánnym a dôstojným spôsobom. Prednáška je interpretovaná formou kazuistiky, pomocou ktorej sú najlepšie poskytnuté informácie o poskytovanej ošetrovateľskej a paliatívnej starostlivosti o detského pacienta po kardiochirurgickej operácii s ťažkým chronickým priebehom. Súčasťou prednášky sú aj výsledky dotazníka ktoré informujú o tom akým spôsobom sa sestry podieľajú na paliatívnej starostlivosti o pacienta hospitalizovanom na OAIM.

Kľúčové slova: Genogram. Paliatívna starostlivosť. Vrodené vývojové chyby srdca. Komunikácia,

Všetci sa stretávame v našej praxi s ťažko chorými a nevyliciteľnými pacientmi. Už vám niekedy prebehla hlavou otázka: „Je táto liečba ešte benefitom pre pacienta? Nepredlžujeme ňou jeho utrpenie?“

V úvode prednášky predstavujem GENOGRAM rodiny. Matka mala 2 tehotenstvá, z ktorých jedno skončilo UPT a druhé dieťa bolo dané od narodenia na adopciu. Otec je rozvedený a z prvého manželstva má syna, s ktorým je v kontakte veľmi striedmo. Spoločné dieťa je vytúženou dcérou oboch rodičov a poklad na, ktorý sa nesmierne tešia. Dievčatko sa rodí s trizómiou chromozómu 21, postihnutím mozgu,

vrodenu vývinovou chybou srdca a očí. Hneď po pôrode je hospitalizovaná na novorodeneckej JIS, závislá na kyslíku, s ťažkou pľúcnou hypertenziou. Prekonáva prvý respiračný infekť a pre postupné zhoršovanie stavu je prevážaná do Detského kardiocentra, za účelom operácie srdcovej chyby. Na 3. deň po operácii prekonáva ťažký infekť dýchacích ciest, ARDS like obraz pľúc, 11 dní ventilovaná. Preložená na JIS, kde prekonáva aspergilovú sepsu. Na CT pľúc sa objavujú chronické zmeny pľúcneho parenchýmu a respiračná insuficiencia. Po 13 dňoch dieťa znova preložené na OAIM pre respiračné zlyhanie. Podarilo sa vyhnúť intubácii a po 5 dňoch ventilačného režimu N-CPAPu, intenzívnej rehabilitácie a liečby sa znova dieťa prekladá na JIS. Po 3 dňoch sa však znova vracia na OAIM pre respiračné zlyhanie a tentoraz intubácii neunikne. Vyšetrenia poukazujú na poruchu imunity, zhoršený neurologický nález (atrofia mozgového tkaniva, retardácia rastu, mikrocefália), patologický odstup pravého bronchu. Podstupuje operáciu katarakty. Dieťa ventilované 8 dní a následne závislé na neinvazívnej ventilácii (NIV). Prekonala 2 operácie a 2 ťažké pľúcne infekcie, ktoré významne poškodili jej pľúca a imunitu. Po 5 mesiacoch na OAIM sme sa dostali do bodu, kedy dievčatko nebolo možné odpojiť od dýchacej podpory. Rodičia opakovane vyjadrujú pochybnosti o benefite liečby pre ich dcéru, nedokážu sa dlhšie pozerat' na utrpenie svojej dcéry a prichádza ich rozhodnutie o ukončení aktívnej liečby. Dieťaťko presúvame do samostatnej izby s rodičmi. Mamička si dcérku umýva a oblieka. Dievčatko je pokrstené. Rodičia si na pamiatku berú odtlačok nožičky. Dieťaťko zomiera v náručí matky, v atmosfére lásky a objatí.

Rodičia boli veľmi vd'achný, že ich dievčatko mohlo zomrieť dôstojne a humánne. Pre náš zdravotnícky tím to bola emočne náročná situácia. Dotazníkom sme zistili, ako sestry pociťujú stres pri starostlivosti o umierajúce dieťa. Zamerali sme sa na zistenie komunikačných schopností sestier pri starostlivosti o umierajúce dieťa a jeho rodinu. Naše vzdelávanie preto pôjde v budúcnosti týmto smerom, aby sme dokázali naplniť poslanie paliatívnej starostlivosti.

Zoznam požitej literatúry:

1. Chorobopisy dieťaťa
2. Dostupne na internete: <http://www.rcpch.ac.uk/>
3. Dostupné internete: www.plamienok.sk

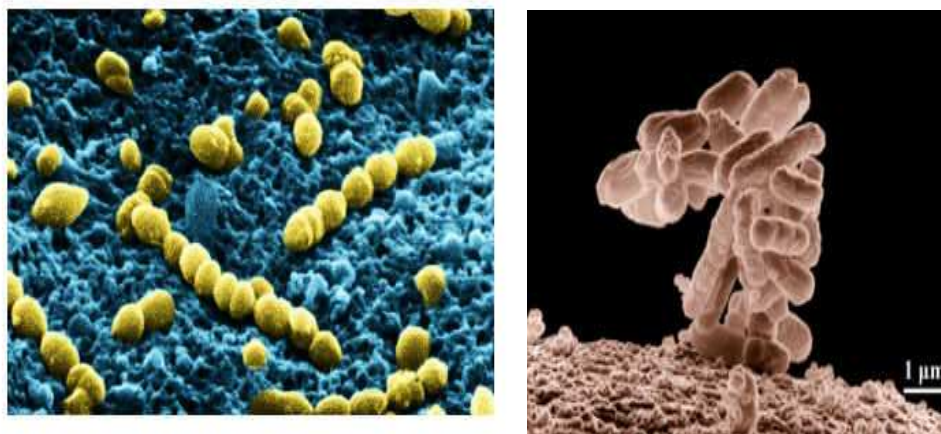
Kontakt:

Hargašová Miroslava
NÚSCH a.s., Detské kardiocentrum
Limbová 1
833 51 Bratislava

PREVENCIA VZNIKU A ŠÍRENIA NOZOKOMIÁLNYCH INFEKCIÍ V PRAXI

Dana Lančaričová
Mária Šarvaicová

Fakultná nemocnica Trnava, Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny



Obrázok 1 archív autora

Abstrakt

Nozokomiálne nákazy sú stále veľmi aktuálnym celosvetovým problémom, ktorý sa dotýka najmä pacientov v intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti. Cieľom všetkých opatrení v tejto oblasti je najmä zabránenie vzniku a šírenia infekcie. Najdôležitejšou podmienkou je prerušenie reťazca, ktorý tvorí zdroj nákazy, cesta prenosu a vnímavý jedinec. Zdravotnícke zariadenia si vytvárajú vlastné hygienicko – epidemiologické režimy na jednotlivých oddeleniach tak, aby znížili riziko vzniku nozokomiálnej infekcie. Lôžková časť Kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny FN Trnava si za týmto účelom zaviedla celý súbor opatrení, ktoré by sme chceli prezentovať.

Kľúčové slová: Nozokomiálna nákaza. Hygienicko – epidemiologický režim. Riziko vzniku infekcie. Prevencia. Opatrenia.

Úvod

Nozokomiálne nákazy sú sprievodným a nežiaducim javom ústavnej zdravotnej starostlivosti aj v 21.storočí. Na ich výskyte sa podieľajú tri základné faktory :

- oslabený organizmus pacienta ochorením alebo imunodeficitom,
- invazívne výkony,

- prítomnosť mikrobiálnej flóry

Zvyšujúci sa vek pacientov, vyšší počet invazívnych zákrokov, prežívanie ťažkých polytraum a kriticky chorých pacientov vedú ku zvýšenému počtu hospitalizovaných rizikových pacientov, u ktorých je riziko vzniku infekcie vyššie a ich prognóza je závažnejšia.

Aj napriek nemalým investíciám do nadštandardných metód asepsy a sterility zostávajú nozokomiálne nákazy problémom aj špičkových zdravotníckych zariadení v zahraničí.

Prevenia nozokomiálnych nákaz môže byť efektívna len vtedy, ak sú vytvorené optimálne podmienky aj zo strany manažmentu zdravotníckeho zariadenia.

Vzhľadom k dynamike zmien v medicíne, novým postupom v diagnostike a terapii ako aj k meniacemu sa spektru a profilu rezistencie mikrobiálnej flóry musí byť táto problematika súčasťou celoživotného vzdelávania všetkých zdravotníckych pracovníkov.

Preventívne opatrenia

Prevenia nozokomiálnych nákaz v praxi je špecifický a komplexný proces, ktorý si vyžaduje skĺbenie vedomostí, zdravotníckeho myslenia, automatizácie správnych návykov, zodpovednosti a záujmu o danú problematiku. Každé zdravotnícke zariadenie by malo byť miestom bezpečným pre pacientov ako aj pre personál. Za týmto účelom sme na našej klinike zaviedli súbor opatrení, ktorými by sme chceli znížiť výskyt týchto infekcií.

Preventívne opatrenia sa začínajú hneď vstupom na lôžkovú časť KAIM FN Trnava. Všetci pracovníci musia vstupovať cez vstupný filter, kde sa prezlečú do jednorazového odevu. Tento odev je po ukončení pracovnej zmeny likvidovaný.

Konziliári, ktorí prichádzajú k pacientovi si musia obliecť jednorazový plášť. Návštevy pacientov vchádzajú cez filter určený pre návštevy v sprievode zdravotníckeho pracovníka. Musia si umyť a vydezinfikovať ruky a použiť ochranné návleky na obuv a plášť.

Základnou povinnosťou všetkých pracovníkov je hygiena rúk a používanie rukavíc, masky čiapky vždy podľa charakteru daného výkonu, ktorý idú realizovať.

Dodržiavanie hygienických opatrení je nevyhnutné najmä počas prechodu medzi jednotlivými pacientami. Neodmysliteľnou súčasťou je barierový systém ošetrovania a individualizácia pomôcok ako aj hygienických potrieb pacienta.

Zavedením nových techník merania telesnej teploty, intraabdominálneho tlaku, hodinovej diurézy ako aj používaním uzatvoreného systému odsávania z dýchacích ciest sa snažíme chrániť nielen pacienta, ale aj ošetrojúci personál.

Dôležitou oblasťou, ktorej venujeme náležitú pozornosť je režim bielizne, údržba techniky a manipulácia ako aj triedenie odpadu.

Snažíme sa opakovane upozorňovať pracovníkov na niektoré dôležité zásady ochrany a bezpečnosti zdravia pri práci najmä čo sa týka manipulácie s biologickým a infekčným materiálom. Ochrana pacienta a personálu na našej klinike je prioritou.

Záver

Prevenia nozokomiálnych infekcií je úlohou celého tímu, ktorý zabezpečuje starostlivosť o pacienta. Základom tejto prevencie je bezpochyby postoj personálu. Prehlbovanie vedomostí v tejto oblasti zostáva stále vysoko aktuálne. Predpokladom úspechu však zostáva nielen zavedenie hygienicko – epidemiologického režimu, ale aj dôsledná kontrola jeho dodržiavania.

Zoznam použitej literatúry:

1. KAPOUNOVÁ, G.: Ošetrovatelství v intenzivní péči. Grada 2007, 93 s. ISBN 978-80-247-183-9.
2. MAĎAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J.: Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi. Grada 2006. 15 s. ISBN 80-247-1673-9.
3. Hygienicko – epidemiologický režim kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny FN Trnava

Kontakt:

Mgr. Dana Lančaričová
FN Trnava, KAIM
A. Žarnova 11
917 01 Trnava

NAŠE SKÚSENOSTI S VÁKUOVÝM SYSTÉMOM HOJENIA RÁN

**Marianna Frantová
Ludmila Gajarská**

Fakultná nemocnica Trnava, Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny

Abstrakt

Dekubit je miestne bunkové poškodenie tkaniva, ktoré vzniká v dôsledku priameho tlaku, trenia, trhacej sily, imobility a celkovo zhoršeného stavu pacienta. Postihuje kožu, svaly, šľachy a kosti. Aj pri najlepšie vedenej prevencii sa s dekubitmi v praxi stretávame, a to v rôznych stupňoch poškodenia tkaniva. Každý stupeň poškodenia vyžaduje osobitnú pozornosť a liečbu. Systém V.A.C. umožňuje účinné neinvazívne liečenie rán s využitím podtlaku. Negatívny tlak je využívaný k podpore hojenia rán, k drenáži sekrétov z rany, k lepšiemu prekrveniu priľahlého tkaniva, k podpore granulácie. Dovoľme si prezentovať využitie V.A.C. systému u pacientky, ktorá bola na našu kliniku preložená z vyššieho špecializovaného pracoviska po šesť - týždňovej hospitalizácii s dekubitmi v sakrálnej oblasti a s dehiscenciou operačnej rany na ľavej dolnej končatine. Prezentujeme stav dekubitov pri prijatí pacientky, po chirurgickej intervencii, naloženie V.A.C. systému a účinnosť liečby dekubitu a rany V.A.C. systémom v aktuálnej obrazovej podobe.

Kľúčové slová: Dekubit. Prevencia. Vákuový systém. Výsledky.

Úvod

Potreba základnej ošetrovateľskej starostlivosti naberá na význame v situácii, keď je ochorenie spojené s obmedzeným pohybom pacienta. Dlhodobý pobyt na lôžku, dlhodobá imobilita pacienta vedie k prejavom imobilizačného syndrómu, ktorý sa rozvíja ako celková odozva organizmu na kľudový režim chorého. Imobilizačný syndróm sa prejavuje poruchami viacerých orgánov, napr.: kardiovaskulárneho, dýchacieho, gastrointestinálneho, pohybového systému. Narušuje sa psychika pacienta a v neposlednom rade aj integrita kože, ktorá sa prejaví vznikom dekubitu. Dekubitus – preležanina (latinsky cubo – ležať) je akékoľvek poškodenie kože spôsobené priamym tlakom alebo trecími silami. Poškodenie môže byť v rozsahu od trvalého erytému až po

nekrotickú ulceráciu postihujúcu svaly, šľachy a kosti. Podľa Kapounovej rozdeľujeme dekubity na štyri stupne:

I. stupeň – začervenanie pokožky

II. stupeň – tvorba pľuzgierov

III. stupeň – narušenie celistvosti kože

IV. stupeň – hlboké poškodenie kože – nekróza.

Dekubit je dôsledkom miestneho obehového zlyhania v koži alebo v podkoží. Krvný obeh a životaschopnosť kože sú narušené rizikovými faktormi, ktoré delíme na dve skupiny:

- **miestne faktory** – neustály tlak, trenie, teplota miestnosti, vlhkosť
- **celkové faktory** – imobilita, pokročilý vek, podvýživa, kardiovaskulárne ochorenie, diabetes

Prevenia vzniku dekubitov musí byť zameraná na odstránenie alebo minimalizovanie faktorov, ktoré sa na ich vzniku podieľajú. Ďalším krokom je voľba vhodných antidekubitárnych pomôcok, vypracovanie plánu mobility a polohovania. Pokračovať treba starostlivosťou o kožu pacienta a to kúpeľom na lôžku 2krát denne, masážou predilekčných miest a používaním ochranných bariérových krémov. spoločne s ošetroujúcim lekárom zabezpečiť nutrične vyváženú výživu a hydratáciu organizmu pacienta. V neposlednom rade dekubit adekvátne liečiť a viesť dokumentáciu o jeho vzniku a spôsobe ošetrovania.

Systém V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) umožňuje účinné neinvazívne liečenie rán s využitím podtlaku. Negatívny tlak je využívaný k podpore hojenia rán, k drenáži sekrétov z rany, k odstráneniu edému, k lepšiemu prekrveniu priľahlého tkaniva, k obmedzeniu bakteriálnej kolonizácii rany a k podpore granulácie.

Indikácie k použitiu V.A.C. systému: vredy predkolenia, diabetické gangrény, dekubity, dehiscencie rán

Kontraindikácie k použitiu V.A.C. systému: obnažené cievy, osteomyelitída, aktívne krvácanie, antikoagulačná liečba, fistuly zasahujúce do telesných dutín

Pacienti, u ktorých má byť V.A.C. systém použitý majú mať zabezpečenú dostatočnú výživu a hodnoty sérového albumínu v norme. Rana pred naložením V.A.C. systému musí byť dostatočne otvorená, zbavená chirurgickou intervenciou nekrotického tkaniva a musí byť obklopená minimálne 2 cm zdravej kože, ktorá je odmastená a zbavená ochlpenia.

Aplikácia V.A.C. systému

Pred samotnou aplikáciou systému ranu (dekubit) opláchneme dezinfekčným roztokom na rany. Na opláchnutú ranu priložíme sterilný obvazový štvorec s obsahom striebra a okraje rany prelepí hydrokoloidnou tenkou náplast'ou, ktorá chráni zdravú kožu pred možným podráždením. Celú ranu vyplníme špeciálnou čiernou polyuretánovou penou, ktorá má veľké póry a tým aj schopnosť odvádzať z rany sekrét a tak účinne stimulovať granuláciu rany. Výrobca dodáva aj bielu polyvinylalkoholovú penu, ktorá je tenšia, má menšie póry, doporučuje sa aplikovať pri plytších ranách a pri bolestiach po použití čiernej peny. Ranu prekryjeme špeciálnou lepiacou fóliou s terčíkom, na ktorý je napojená hadička spojená so zberným kontajnerom. Po príprave rany, zapneme a naprogramujeme vákuum na 125 mmHg a spustíme prístroj. Naprogramovaná hodnota vysaje zo systému vzduch, čím vznikne podtlak a začína sa samotná liečba V.A.C. systémom. Zberný kontajner vymieňame podľa množstva sekrétu z rany. Liečba sa ukončuje ak dosiahneme cieľ, ak rana dospeje do chirurgického ošetrenia plastikou, alebo ak po 14 dňoch aplikácie liečby V.A.C. systémom sa nedostavil žiaduci efekt.

Kazuistika

Na našu kliniku bola prijatá 57 – ročná pacientka, hospitalizovaná 6 – týždňov na vyššom špecializovanom pracovisku pre plastiku mitrálnej chlopne. Pacientka pri príjme pri vedomí, komunikujeme popri tracheostómii, na podpornej ventilácii. Pacientka je diabetička, diabetes II typu dekompenzovaný na inzulínovej liečbe. U pacientky zaznamenávame dekubit v sacrálnej oblasti veľkosti 17 x 13 cm –IV. stupeň nekróza tkaniva. Na ľavej dolnej končatine po odbere cievneho štepu sa v celej dĺžke končatiny nachádza dehiscencia rany s nekrozou tkaniva.

Počas prvých dní hospitalizácie sme na dekubit a ranu nanášali hydrogélové obvazy, ktoré rany chladia, čím utlmujú bolesť a napomáhajú k odlučovaniu nekrotického tkaniva. Po chirurgickom konzíliu bola pacientka na dvadsiaty deň hospitalizácie prevezená na operačnú sálu, kde počas celkovej anestézie boli chirurgicky ošetrené dekubit i rana na DK.

Po 24 hodinách od chirurgickej intervencie sme začali aplikovali u pacientky liečbu V.A.C. systémom. Preväzy V.A.C. systému sme vykonávali trikrát do týždňa. Pacientku V.A.C. systém neobmedzoval, naopak začala sa zaujímať intenzívnejšie o okolie, spolupracovala pri rehabilitácii, postupne vysádzaná do kresla a prevedená na

spontánnu ventilácii bez podpory ventilátora, začala prijímať stravu per os. Pacientku sme v dobrej psychickej kondícii, v rehabilitačnom režime a s aplikovaným V.A.C. systémom preložili na 77 deň hospitalizácie na internú kliniku.

Zoznam použitej literatúry:

1. KAPOUNOVÁ, G.: Ošetrovatelství v intenzívni péči. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 987-80-247-1830-9.
2. MIKULA, J., MULLEROVÁ, N.: Prevence dekubitů. Praha: Grada Publishing, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

Kontakt:

Mgr. Marianna Frantová
Fakultná nemocnica Trnava
Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny
Žarnova 11
91700 Trnava
email: frantova.m@azet.sk

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATEĽSKÉHO PROCESU NA ODDELENÍ ANESTÉZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY

**Monika Mankovecká
Dana Brázdilová
Andrea Bratová**

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny

Abstrakt

Ošetrovateľský proces na Oddelení anestézie a intenzívnej medicíny (OAIM) má svoje špecifiká, ktoré sú dané skupinou pacientov, ktorým sa poskytuje starostlivosť. Hlavnou prioritou u takýchto pacientov je potreba prežiť zabezpečením biologických potrieb. Intenzívne ošetrovateľstvo má svoje špecifiká v každom kroku ošetrovateľského procesu.

Kľúčové slová: Ošetrovateľský proces. Ošetrovateľská starostlivosť. Intenzívne ošetrovania. Oddelenie anestézie a intenzívnej medicíny. Ohrozený pacient.

Úvod

Vestník MZ SR č. SZS – 955 / 98 Koncepcia odboru anestéziológia a intenzívna medicína presne definuje, ktorí pacienti sú indikovaní na hospitalizáciu na OAIM. Resuscitácia a intenzívna starostlivosť zabezpečuje starostlivosť a liečbu kriticky chorých, u ktorých hrozí zlyhanie, zlyháva alebo zlyhala funkcia jedného alebo viacerých orgánových systémov, čo vyžaduje podporu alebo prístrojovú náhradu.

Organizačná forma ošetrovateľskej starostlivosti na OAIM sa odlišuje od foriem na oddeleniach so štandardnou starostlivosťou. Slovenský ústav srdcových a cievnych chorôb je špecializované zariadenie na liečbu a výskum srdcových a cievnych ochorení. V takýchto zariadeniach sa potom môže štandardizovať ošetrovateľská starostlivosť a získa sa viac skúseností s ich ošetrovaním a liečbou.

Vlastný text

Intenzívne ošetrovateľstvo zahŕňa v sebe starostlivosť o ťažko chorých v ohrození života. V zabezpečení pacientových potrieb musí byť zachovaná určitá

priorita jeho potrieb. Bezprostredným problémom všetkých pacientov je prežitie – je to prioritná potreba pred všetkými ostatnými potrebami.

U hospitalizovaných pacientov sa musí sestra postarať o jeho primárne potreby (biologické), ale aj o jeho sekundárne (duševné, sociálne). Na zabezpečenie primárnych potrieb pacienta v stave akútneho ohrozenia jeho životných funkcií treba poznať poradie týchto potrieb a rešpektovať ich. Dodržiavanie poradia potrieb je základom modernej resuscitácie. Je to:

- Adekvátna výmena plynov v pľúcach. Pri zastavení srdca je dôležitejšia resuscitácia srdca.
- Druhoradou potrebou je infúzia na úpravu hypovolémie. Tekutiny sa aplikujú podľa potreby na nahradenie zníženého alebo nedostatočného objemu intravaskulárnej tekutiny.
- Úprava srdcovej nedostatočnosti je treťou potrebou.

Ošetrovateľský proces je systematická, racionálna metóda poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Pozostáva zo 4 –5 krokov: posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie.

1. Posudzovanie

Posudzovanie je prvou fázou OSP. Zahŕňa zber dát a ich validizáciu, je potrebné na stanovenie sesterskej diagnózy.

Cieľom posúdenia je založenie databázy o pacientovej odpovedi na zdravotné ťažkosti či chorobu so zreteľom na jeho potrebu ošetrovateľskej starostlivosti.

Databáza obsahuje základné informácie o pacientovi: sesterská anamnéza, fyzikálne posúdenie, lekárska anamnéza, fyzikálne vyšetrenia, výsledky laboratórných vyšetrení a dg. testov, iné materiály o pacientovom zdravotnom stave.

Informácie, ktoré získavame o pacientovi delíme na:

- objektívne: zistené pozorovaním, testovaním, porovnávaním so štandardom,
- subjektívne: zrejme iba danej osobe, ktoré u pacientov v ohrození života nie sú možné,
- môžu byť sprostredkované – pretlmočené inými osobami, napr. členmi RZP, rodinnými príslušníkmi.

Pramene, z ktorých získavame údaje delíme na:

- sekundárne – nepriame pramene (významné osoby, iní zdravotnícky pracovníci, záznamy, správy a príslušná literatúra.

- primárne – pacient,

Na OAIM najdôležitejším zdrojom údajov o pacientovi sú iní zdravotnícki pracovníci, správy prekladové a záznamy od lekára z RZP. Na druhom mieste sú to podporné osoby, ktoré môžu doprevádzať pacienta do nemocnice, na treťom mieste je to pacient, pokiaľ je pri vedomí. Údaje získané od pacienta sú základné, lebo zdravotný a časový faktor je limitujúci a obmedzujúci prvok.

Metódy získavania údajov o pacientovi sú: pozorovanie, vyšetrenie, rozhovor. Pozorovanie je dôležitá schopnosť rozpoznať medzi stimulmi – klasifikácia stimulov logickým spôsobom. Skúsená sestra je schopná pri jednej činnosti urobiť dôležité pozorovanie iného javu. Na OAIM je pozorovanie najdôležitejšia činnosť sestry, lebo od jej pozorovacej schopnosti neraz závisí ďalší liečebný postup.

Prioritou fyzikálneho *vyšetrenia* je monitoring vitálnych funkcií, skriningové vyšetrenie základných činností rôznych častí tela si sestra všíma pri manipulácii s pacientom.

Rozhovor je plánovaná komunikácia alebo konverzácia s určitým cieľom. Je to zber dát poskytujúci identifikáciu problémov. U pacientov, u ktorých možno predpokladať ohrozenie základných životných funkcií, volíme direktívny spôsob vedenia rozhovoru, ktorý je zameraný na špecifické informácie. Nedirektívny rozhovor je aktuálny po zvládnutí život ohrozujúcej udalosti, po stabilizácii základných VF a zlepšení zdravotného stavu.

2. Diagnostika

Diagnostika je proces analýzy a syntézy na základe ktorého vzniká **sesterská diagnóza** – je to záver, alebo vyhlásenie o existujúcom, či potencionálnom zdravotnom probléme, ktorý možno ovplyvniť nezávislým ošetrovateľským zásahom.

Kognitívne zručnosti analýzy a syntézy sú: objektivita, kritické myslenie, robenie rozhodnutí a dôvodenie. V práci sestry na OAIM musia byť tieto kognitívne zručnosti používané rýchle a presne, pri vzniku akútneho problému.

Diagnostický proces má tri fázy:

1. fáza: **spracovanie dát** – informácie získavame z dokumentácie, od iných zdravotníckych pracovníkov (lekár – anesteziológ, posádka vozidla RZP, sestry z iných oddelení), môžeme konštatovať, že máme veľmi malú databázu, hlavne pri prijímaní pacientov z iných kliník, či nemocníc.
2. fáza: **zistenie pacientových problémov** – jediným problémom je zlyhanie životne dôležitých funkcií, prioritou je, aby nám pacient prežil,

3. fáza: **formulácia sesterských diagnóz** – diagnózy sú po formálnej stránke buď dvoj- alebo troj-zložkové. Rozdiel je v špecifickosti problému (P), vo vyvolávajúcej príčine (E), špecifické symptómov (S). Môže sa zdať, že sesterské diagnózy sú až príliš podobné s lekáorskými diagnostickými kategóriami, rešpektujú však osobitosti práce sestier na OAIM a iný okruh problémov. V konečnom štádiu sestra formuluje príčinné vzťahy medzi zdravotnými problémami a vyvolávajúcimi faktormi. Potrebné je tiež určiť, či problém môže byť vyriešený samostatnými ošetrovateľskými zásahmi alebo v spolupráci s ďalšími členmi zdravotníckeho tímu. Na OAIM je to v akútnej fáze spolupráca sestra – lekár. V ďalšej fáze riešenia problémov majú prioritu špecializované ošetrovateľské zásahy, štandardné ošetrovateľské zásahy sa používajú ako terciárne riešenie problému alebo simultánne sa špecializovanými zásahmi.

V štádiu ohrozenia života sesterská diagnóza zobrazuje existujúci problém, ktorý sa musí riešiť aktuálne, bez písania ošetrovateľského plánu. Tieto deficity v potrebách sa zaznamenávajú až po vyriešení problému, alebo po uplynutí akútneho ohrozenia, čiže retrospektívne. Preto by bolo vhodné pre akútne zásahy vypracovať štandardizovaný plán ošetrovateľskej starostlivosti.

V intenzívnom ošetrovateľstve majú veľmi významné miesto potenciálne sesterské diagnózy, ktoré chránia pacienta pred zhoršením zdravotného stavu, alebo regresiou život ohrozujúcej príhody.

3. Plánovanie

Plánovanie je proces vytýčenia ošetrovateľských stratégií či intervencií s cieľom prevencie, redukcie či eliminácie pacientových zdravotných problémov, ktoré boli zistené a validizované počas diagnostickej fázy.

Medzi časti plánovania patrí:

1. vytýčenie priorít:

- najvyššiu prioritu majú problémy ohrozujúce život
- sestra určuje poradie priorít, ktoré musia byť v súlade s liečebným plánom – z pohľadu ošetrovateľského môže mať problém vysokú prioritu, ale po konzultácii s lekárom, potreba nadobúda nižší stupeň. Pričom požiadavka riešiť problém sa nestráca, len plánovanie riešenia problému sa prispôsobí pacientovmu zdravotnému stavu.
- určenie priorít musí byť rýchle a správne,

2. vytýčenie cieľov

- v intenzívnej starostlivosti sa používajú prevažne krátkodobé ciele, z dôvodu instability zdravotného stavu,
 - dlhodobé ciele sa využívajú v plánovaní ošetrovateľskej starostlivosti u dlhodobo intubovaných pacientov, u pacientov v komatóznom stave, s multiorgánovým zlyhaním.
3. **plánovanie ošetrovateľských stratégií** – stratégie musia byť bezpečné, zlučiteľné s inými liečebnými metódami, dosiahnuteľné, zlučiteľné s pacientovým hodnotovým systémom. Pri plánovaní stratégií musí sestra poznať a predpokladať účinok týchto intervencií, čo si vyžaduje mať dostatok špecializovaných vedomostí, skúsenosti a zručností.
 4. **napísanie sesterských ordinácií** – sestra kontinuálne pozoruje a hodnotí zistené údaje, čo jej umožňuje neustále monitorovať a revidovať plán podľa pacientovej aktuálnej situácie.
 5. **písanie plánu ošetrovateľskej starostlivosti** – začína sestra písať až zvládnutí akútneho ohrozenia života pacienta a po stabilizácii jeho vitálnych funkcií, cieľom by malo byť zošandardizovať plány, ktoré je možné po stabilizácii pacienta individualizovať,
 6. **konzultovanie** – sestra sa radí o primeranosti plánovaných intervencií s lekárom, o odborných otázkach so skúsenejšou sestrou, s fyzioterapeutom, so sestrami z iných kliník, oddelení.

Pri plánovaní prepustenia musí mať na zreteli, na ktoré oddelenie pacienta prekladá, aké má aktuálne problémy, a upozorniť na potenciálne riziká. Z OAIM pacientov prekladáme na JIS, bežné oddelenie, alebo do iného zdravotníckeho zariadenia. V takomto prípade sestra posielala prekladovú sesterskú správu, v ktorej zhodnotí aktuálny zdravotný stav pacienta, navrhne potrebné intervencie.

4. Realizácia

Realizácia znamená uvádzanie ošetrovateľských stratégií do praxe, je to ošetrovateľská činnosť zameraná na dosiahnutie želaného výsledku či pacientových cieľov.

Pacient je vždy prvoradým účastníkom v realizácii plánu ošetrovateľskej starostlivosti, hoci sestra môže konať za neho. Stupeň pacientovej účasti je závislý od jeho zdravotného stavu.

Typy ošetrovateľských činností:

- závislé: v akútnej fáze vykonáva asistenčné výkony nariadené lekárom, ďalej plní ordinácie podľa stanovených predpisov,
- nezávislé: iniciuje ich sestra na základe vlastných vedomostí a zručností, ktoré konzultuje s lekárom s prihliadnutím na pacientov zdravotný stav. Pričom je zodpovedná za rozhodnutie aj za vykonanie.
- súčinné: sestra ich vykonáva v spolupráci s inými zdravotníckymi pracovníkmi, napr. fyzioterapeuti.

Realizačný proces zahrňuje:

- opätovné posúdenie pacienta - počas ošetrovateľského procesu je pacient nepretržite monitorovaný, sestra má neustály kontakt s pacientom, čo jej umožňuje pohotovo reagovať na zmeny v pacientových potrebách.
- validizácia ošetrovateľskej starostlivosti – pri zmene pacientovho stavu, sa menia aj priority, čím sa mení aj ošetrovateľský plán.
- vymedzenie potreby pomoci – pacient je úplne závislý na pomoci sestry, na jej empatii a myslení.
- realizácia ošetrovateľských stratégií – presné a dôkladné, cielené vykonanie ošetrovateľských aktivít, prevencia komplikácií, pre priblíženie pacientovej individuality a osobnosti významnú úlohu zohráva najmä rodina. Ak zdravotný stav pacienta je zlepšený, treba ho nabádať k spolupráci a samostatnosti.
- komunikácia ošetrovateľských činností – ktoré sa zaznamenávajú písomne alebo slovne po ich vykonaní. Používa sa dokumentácia – formuláre podľa zvyklostí oddelenia. Na OAIM sa používajú denné záznamy, ktoré by mali byť upravené tak, aby mohli sestry do nich zaznamenávať svoje činnosti, realizované plánované intervencie.

Na realizáciu ošetrovateľských činností sú potrebné 3 kategórie zručností:

- **kognitívne** - Na OAIM sa od sestry okrem úzko špecializovaných poznatkov z vlastného odboru, vyžadujú aj pomerne rozsiahle z iných medicínskych odborov. Kritické myslenie pomáha sestre rýchlo sa rozhodnúť v kritických situáciách.
- **interpersonálne** – schopnosť komunikovať, komunikácia sestra – lekár, sestra – sestra, sestra – pacient, sestra – rodina, - tímová spolupráca - Tímová práca na OAIM musí byť organizovaná tak, aby sa chorému poskytla potrebná lekárska a

ošetrovateľská starostlivosť rovnomerne počas celých 24 hodín. To si vyžaduje odlišnú organizáciu práce od bežných oddelení.

- technické – manuálna obratnosť pri výkonoch, vyžaduje si od sestry primerané vedomosti vrátane dodržiavania princípu postupnosti, znalosť obsluhy všetkých technických zariadení.

Realizácia sa uskutočňuje cez komunikáciu, opateru, učenie, odborné poradenstvo, vodcovstvo, manažment, obhajoba práv pacientov a ovplyvňovanie zmien. Sestry sú zodpovedné pred zákonom za svoje ošetrovateľské činnosti.

5. Vyhodnotenie

Vyhodnotenie je zistenie, či sa dosiahli pacientove ciele a do akej miery. Je to cieľavedomá a organizovaná činnosť, ktorej závery určujú, či v ošetrovateľských zásahoch treba pokračovať, ukončiť ich, revidovať alebo zmeniť.

Vyhodnocovací proces má šesť súčastí:

- určenie výsledných kritérií – pri krátkodobých cieľoch hodnotíme iba cieľ,
- získavanie údajov na vyhodnotenie cieľa - sa robí pozorovaním, kontrolou merateľných hodnôt (na OAIM sa uprednostňujú hlavne objektívne, merateľné údaje), z hlásení iných zdravotníckych odborníkov,
- cieľ sa – splnil, splnil čiastočne, alebo nesplnil,
- určenie vzťahu medzi ošetrovateľskými činnosťami a výsledným stavom pacienta – nesplnenie cieľa nie vždy znamená zle naplánované ošetrovateľské intervencie. Zdravotný stav pacienta je natoľko zhoršený, že ho nemožno vyriešiť ošetrovateľskými zásahmi,
- revízia plánu – ako spätná väzba slúži na zistenie účinnosti ošetrovateľského plánu, alebo zistiť faktory, ktoré viedli k nesplneniu cieľa,
- modifikácia plánu – po splnení cieľa je potrebné sledovať vyriešený problém, ktorý predstavuje potenciálne riziko vzniku deficitu. Preto je potrebné revidovať sesterskú diagnózu a určiť nové stratégie tak, aby rešpektovali novú diagnózu.

Vyhodnotenie plánu ošetrovateľskej starostlivosti je základným aspektom profesionálnej zodpovednosti.

Záver

Ošetrovateľský proces prináša pozitíva pre pacienta aj pre sestru len vtedy, pokiaľ je správne vedený. Zavedenie teoretických poznatkov do praxe si vyžaduje, aby

bol prijateľný pre všetky zúčastnené strany a rešpektoval špecifika oddelenia. Na druhej strane, nesprávne vedený ošetrovateľský proces robí z neho frašku, ktorá zaťažuje sestru a nepomáha pacientovi. Pre intenzívne ošetrovateľstvo je potrebné vypracovať štandardy ošetrovateľských plánov, prispôbiť dokumentáciu a rešpektovať špecifiká odboru.

Zoznam použitej literatúry:

1. BOHUŠ, O. a kol.: Anestéziológia, resuscitácia a intenzívna starostlivosť. 1. vyd. Martin: Osveta, 1987. 780 s. 70 – 049 – 87 ARA
2. KOZIEROVÁ, B. a kol.: Ošetrovateľstvo I, II. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80217-0528-0
3. MUSILOVÁ, M. a kol.: Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva. 1. vyd. Martin: Osveta, 1993, 226 s. ISBN 80-217-0573-6
4. ŠEVČÍK, P. a kol.: Intenzívni medicína. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 393 s. ISBN 80-7262-042-8
5. Vestník MZ SR č. SZS – 955 / 98: Koncepcia odboru anestéziológia a intenzívna medicína. In: čiastka 15, ročník 4.

Kontakt:

PhDr. Monika Mankovecká
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre,
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny
949 11 Nitra

POPTREBA LEGISLATÍVNYCH ZMIEN V SÚČASNOM OBDOBÍ V ODBORE ANESTÉZIOLOGICKÁ SESTRA

**Zuzana Belková
Kamila Remeňová
Renáta Roganská**

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny JLF UK a MFN, Martin

Abstrakt

Našou prednáškou chceme osloviť fakulty a kompetentných na ministerstve zdravotníctva o zmenu kompetencií a vzdelania sestier v intenzívnej medicíne a anestézii.

Kľúčové slova: Anestéziológia. Sestra. Vzdelanie. Prax. Kompetencie.

Súčasná prax

Anestéziológia je medicínsky odbor zaoberajúci sa anestéziou, ktorá zahŕňa reverzibilný útlm nervového systému. Prejavuje sa stratou vedomia, vyradením vnímania bolesti, a vyradením reakcie na vonkajšie bolestivé podnety.

Tímová práca v odbore je nevyhnutná a z vonkajšieho pohľadu v tomto odbore lekár a sestra nie sú rovnocenní partneri. Pri tom sesterská práca v intenzívnej medicíne a anestéziológii vyžaduje hlboké vedomosti z oblasti fyziológie, patofyziológie a farmakológie.

Sestra na anestéziológii a intenzívnej medicíne musí perfektne zvládať anestetické techniky a anestetické stroje od rôznych výrobcov, monitoring vitálnych funkcií, perfúzory, ohrievače, rôzne regionálne techniky s použitím nervového stimulátora (stimuplexu), rozdielne intubácie: pľúcne, nasotracheálne, polohy pacientov pri operáciách: na bruchu, na boku, gynekologické, v sede pri zadnej jame a riziká z nich vyplývajúce.

Prehľad vo farmakológii je nevyhnutnou súčasťou našej práce. Dôležitá je aj pooperačná starostlivosť o pacientov, ktorá sa zabezpečuje na prebúdzacích izbách a ktorá vyplýva zo súčasnej koncepcie odboru anestéziológie.

Myslíme si, že na jednu obyčajne platenú sestru je to množstvo vedomostí a zručností, ktoré nie sú docenené.

A teraz si v skratke pripomeňme naše vzdelanie.

Súčasnosť - Slovensko:

Vzdelanie na Stredných zdravotníckych školách s maturitou absolvent končí ako asistent , a má právomoc sanitárky.

Po akejkoľvek maturite nastupuje študent na bakalárske - denné štúdium. Jedná sa o trojročné vysokoškolské štúdium, končiace bakalárskou skúškou.

Sestra nastupuje do praxe na vybrané či častokrát na dostupné oddelenie. Lekári aj sestry z praxe majú skúsenosť, že sestry bakalárky majú minimum praktických, a vedomostných znalostí, ktoré by v praxi potrebovali.

Sestra sa po roku praxe vracia do školy, ak chce magisterské vzdelanie, ktoré ju však v súčasnom systéme neoprávňuje na žiadnu inú funkciu ani hierarchiu, platí to aj pre sestry s dlhšou praxou, ako mala dovtedy. Magisterské vzdelanie sa u nás špecializuje na manažment, paliatívu a verejné zdravotníctvo. Koľko študentov zostane v praxi pri lôžku?

Po dvoch rokoch praxe ju môže oddelenie na ktorom pracuje poslať na príslušnú špecializáciu v odbore, ktorá jej ale tiež nedá žiadne ďalšie právomoci.

Zahraničie

Švédsko

Študenti po všeobecnej maturite nastupujú na 3- ročné vysokoškolské alebo univerzitné školstvo na úrovni nášho bakalárskeho vzdelania. Po skončení tohto vzdelania pracujú ako sestry v praxi.

Ak chcú pracovať na intenzívnej jednotke alebo ako anesteziologické sestry, musia mať magisterské vzdelanie v intenzívnej medicíne, alebo v anesteziológii. Potom nasleduje špecializácia z anesteziológie z ktorej vyplývajú aj kompetencie - napr.; všeobecné ordinácie, podávanie anestézie u pacientov s ASA1, ASA2. Pri úvode do anestézie sú dve sestry, alebo lekár a sestra. Ku každej anestézii sú vypracované štandardné postupy. Pri komplikáciách je vždy privolaný lekár.

Nemecko – 16 krajov rozdielne štúdium v krajoch

Väčšinou študenti ako 16- roční, nastupujú na 3- ročné štúdium- asbildung , zodpovedá nášmu učňovskému vzdelaniu. Sestry počas troch rokov školy nemajú prázdniny, ale čerpajú dovolenky . Prelína sa prax a škola. Sestry počas štúdia dostávajú plat od 500- 700 Eur.

Kompetencie sú temer nulové, sestry majú právomoci ako naše asistentky. Anestéziologické sestry pracujú ako u nás s lekárom na sále a majú anestetickú špecializáciu.

Francúzsko

Študenti po maturite študujú na zdravotníckej škole v trvaní 3,5 roka. Následne pracujú v nemocniciach dva roky a potom sa môžu prihlásiť na anestéziologickú školu v trvaní 24 mesiacov, popri zamestnaní. Sestra pracuje v odbore, ale bez právomocí, ktoré získa až po úspešnom ukončení štúdia. Má povinnosť voči zamestnávateľovi ostať pracovať na pracovisku určený čas ako viazanosť, za umožnenie štúdia. Vzdelanie nie je univerzitné, hoci v budúcnosti sa chce krajina týmto smerom uberať. Titul IADE oprávňuje anestetickú sestru pracovať samostatne; príjem pacienta, starostlivosť o pacienta v prípravnej miestnosti, podáva anestéziu a následne zabezpečuje pooperačnú starostlivosť na prebúdzačích izbách. Pri komplikáciách je lekár privolaný.

Česko

Stredné zdravotnícke školy – absolventi môžu pracovať ako plnohodnotná sestra. Vysokoškolské štúdium pre sestry je bakalárske a magisterské vzdelanie zamerané na pediatriu a gerontológiu.

Návrhy – budúcnosť - vízia

Kompetencie - navrhujeme zlegalizovať v praxi pracovné výkony a postupy, ktoré sestry bežne robia a nemajú na to kompetencie;

- zodpovednosť za stroje (čo bežne robíme)
- podávanie intravenózných liekov naordinovaných lekárom – súčasnosť: nutné predpísané tlačivo – súhlas - hoci máme skúšku z farmakológie - načo?
- príjem a preklad pacienta / prebúdzacia izba/
- oprávnenie vykonávať anestéziu u pacientov s ASA1, ASA2 vid' Švédsko (chýbajú štandardy)
- všeobecná ordinácia? - udržiavať anestéziu bez lekára napr. podávanie anestetík - kanylácia vén, artérií, cievkovanie, intubácia

Vzdelanie

- prebudovať magisterské vzdelanie na anestéziu a intenzívnu medicínu s legalizovanými kompetenciami pre sestru

Ohodnotenie

- stále si myslíme, že sestry v intenzívnej medicíne, anestézii majú náročnejšiu prácu na vedomosti, psychiku, multidisciplinárne schopnosti v tíme, preto by to malo byť ohodnotené lepšie a sestry by mali aspoň nejaký pocit sebauspokojenia.

Uznanie

- vlastná spokojnosť
- spoločenské uznanie
- uznanie postavenia v medicíne, to sestrám v intenzívnej medicíne chýba

Návrhy

Akreditácia programu vzdelávania v odbore intenzívna medicína a anesteziológia sestier

- Z toho vyplývajúca zmena kompetencií
- Ohodnotenie
- Osloviť fakulty
- Navrhnúť garantov
- Spustiť ako pilotný projekt na JLF UK Martin
- Záujem o naše povolanie – diskusia.

Kontakt:

Mgr. Zuzana Belková
KAIM, MFN
Kollárová 2
036 01 Martin

Vydavateľ:

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Amurská 1, 821 06 Bratislava

Vydanie: prvé

Náklad: 94 strán

Rok vydania: 2009-06-12

ISBN 978-80-967818-8-1

Výroba CD: FN L. Pasteura Košice