

1/8

Capitolul 21

ÎNGRIJIRILE
POSTOPERATORII

Verificați-vă cunoștințele

21.1. Îngrijirea postoperatorie în salon (obișnuită)	614
21.1.1. Poziția bolnavului în pat	615
21.1.2. Calmarea durerii	615
21.1.3. Mobilizarea bolnavului	616
21.1.4. Reluarea alimentației	616
21.1.5. Reluarea tranzitului intestinal	617
21.1.6. Reluarea micțiunilor	618
21.1.7. Urmărirea funcțiilor cardiace și respiratorii	618
21.1.8. Urmărirea evoluției febrei	618
21.1.9. Supravegherea evoluției plăgii operatorii și a drenajului	618
21.2. Îngrijirea postoperatorie în secția de terapie intensivă	619
21.3. Reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritiv-energetică postoperatorie ..	620
21.3.1. Reechilibrarea hidroelectrolitică	620
21.3.1.1. Repartiția apei în organism	621
21.3.1.2. Asigurarea apei necesare organismului și pierderile fiziologice ..	621
21.3.1.3. Repartiția electroliților în apa din organism	621
21.3.1.4. Necesarul bazal hidroelectrolitic în 24 ore	622
21.3.1.5. Pierderile bazale medii în 24 ore și pierderile patologice ..	622
21.3.1.6. Manifestări clinice ale dezechilibrului hidroelectrolitic	623
21.3.1.6.1. Deshidratarea	623
21.3.1.6.2. Hiperhidratarea	623
21.3.1.6.3. Deficitul de sodiu	623
21.3.1.6.4. Retenția de sodiu	623
21.3.1.6.5. Deficitul de potasiu	623
21.3.1.6.6. Retenția de potasiu	624
21.3.1.6.7. Modificări ale echilibrului acido-bazic	624
■ Acidoza	625
■ Alcaloza	625
21.3.1.7. Tratamentul de reechilibrare	625
21.3.1.7.1. Reechilibrarea hidrică	626

■ Hidratarea	626
■ Hiperhidratarea	626
21.3.1.7.2. Reechilibrarea electrolitică	626
■ Corectarea deficitului de Na ⁺	626
■ Corectarea deficitului de K ⁺	627
■ Corectarea hipopotasemiei	627
■ Corectarea dezechilibrului acido-bazic	627
a) Corectarea acidozei	627
b) Corectarea alcalozei	627
21.3.2. Reechilibrarea nutritiv-energetică postoperatorie	627
21.3.2.1. Aportul glucidic	628
21.3.2.2. Aportul proteic	628
21.3.2.3. Aportul lipidic	628
21.3.2.4. Aportul vitaminic	628
21.3.2.5. Aportul de apă și electroliți	629
Chestionar la capitolul 21	629

Îngrijirile postoperatorii au căpătat o importanță mereu crescândă pe măsura abordării chirurgicale a unor boli, etichetate anterior ca inoperabile, la vârste din ce în ce mai înaintate ale bolnavilor, cu suferințe cardiopulmonare însoțitoare și cu risc mare anestezic și chirurgical.

Prima grijă este ca bolnavii să fie ținuti în sala de urmărire postoperatorie a blocului operator, până când sunt complet conștienți și au funcțiile vitale restabilite.

De aici, bolnavii se împart în două categorii: prima - cei care se întorc la salonul de pe secția de chirurgie și a doua - în care bolnavii se interează în secția de terapie intensivă.

Prima categorie o formează bolnavii operați pentru suferințe cronice, în stare de echilibru cardio-pulmonar, hidroelectrolitic și nutritiv. Riscul operator la acești bolnavi este minim și în consecință se apreciază că evoluția lor postoperatorie va fi satisfăcătoare.

A doua categorie o constituie bolnavii vârstnici, tarați, cardio-pulmonari, suferinzi cronici, denutriți, cașectici, canceroși și urgențele mari.

Îngrijirea postoperatorie îmbracă unele aspecte generale care interesează ambele categorii și altele care interesează numai ultima categorie și, în plus, pe aceia din prima categorie în a căror evoluție apar unele complicații.

21.1. Îngrijirea postoperatorie în salon (obișnuită)

În timp ce bolnavul se află în sala de operație, infirmiera, sub supravegherea asistentei medicale, va aerisi salonul și va pregăti patul bolnavului pentru întoarcerea acestuia de la sala de operație.

21.1.1. Poziția bolnavului în pat

Pozițiile în care putem așeza bolnavul în pat, odată reîntors de la sala de operație sunt: decubit dorsal, lateral, ventral, poziția semișezândă (Fowler) și poziția Trendelenburg.

Poziția în pat are importanță deosebită mai ales la rahianestezie, în unele operații pe torace, abdomen și coloana vertebrală.

a) Poziția de decubit dorsal

Bolnavii ale căror operații au fost efectuate cu anestezie locală nu au restricții deosebite. Ei pot fi așezați în decubit dorsal, cu capul pe pernă și în anumite limite își pot schimba poziția în pat, după dorință.

Bolnavii operați cu rahianestezie vor fi așezați în pat fără pernă, cu capul flectat spre dreapta cu tăviță renală alături, atrăgându-li-se atenția că le este interzisă ridicarea capului deasupra nivelului orizontal al corpului. Acești bolnavi vor face mișcări de lateralitate ale corpului și mișcări ale membrilor. Restricția ridicării capului se întinde până a doua zi, iar nerespectarea ei atrage în multe cazuri instalarea unei cefalei postrahianestezie care durează câteva zile și cedează greu la tratament (cofeină i.v., vit. B₁, B₆, B₁₂, etc.). După 7 zile această cefalee dispare la majoritatea cazurilor.

Așadar, poziția de decubit dorsal se aplică la majoritatea cazurilor, depinde dacă așezăm capul pe pernă (anestezie locală și generală) sau fără pernă (rahianestezie).

b) Poziția ventrală - se folosește în cazurile bolnavilor operați pentru coloana vertebrală, flegmoane abdominale sau cei cu tendință la escare de decubit. Pentru a suporta mai ușor această poziție se pune o pernă sub toracele superior, iar capul va fi rotat la stânga sau dreapta. Această poziție se suportă puțin timp și pentru un timp intermediar bolnavul poate fi așezat lateral dreapta sau stânga (în cazul afecțiunilor supurative sau tendință la escare, nu și în cazul operațiilor pe coloană).

c) Poziția laterală constă în ridicarea jumătății superioare a corpului sprijinită de perne, mai sus decât jumătatea inferioară. Bolnavii operați pentru afecțiuni pleuropulmonare sau esofagiene sunt așezați în această poziție care favorizează drenajul.

d) Poziția semișezândă (Fowler) - cu toracele ridicat la 45° și sprijinit sub genunchi este favorabilă bolnavilor cu operații pe torace, peritonite ale etajului abdominal superior, unde aspirația toracelui nu permite scurgerea de puroi spre Douglas care este drenat, creind posibilitatea unor colecții subfrenice (abces subfrenic).

e) Poziția Trendelenburg - o folosim numai dacă socotim necesară menținerea unei irigații cerebrale mai intense; în acest sens ridicăm mai sus cu 15-20 cm capătul patului de la picioarele bolnavului.

21.1.2. Calmarea durerii

Durerea postoperatorie este inerentă și rari sunt pacienții care sunt astfel pregătiți psihic ca să nu recepționeze cu intensitate și care să nu se manifeste foarte zgomotos din cauza durerii. Durerea atinge maximum de intensitate în seara operației și diminuează progresiv în 48 de ore.

Intensitatea cu care se recepționează durerea pentru același tip de operație depinde în mare măsură de elementul constituțional psihic al individului. Persoanele anxioase percep și reacționează la durere foarte zgomotos.

Se vor administra antialgice ca: algocalmin, piafen, fortal, precum și în seara intervenției, eventual și în următoarele 2 zile: fenobarbital, romergan, diazepam. La nevoie se pot administra mialgin și morfină, însă trebuie să fim atenți pentru că au o activitate de depresie a centrului respirator, favorizează meteorismul și pot masca unele complicații.

21.1.3. Mobilizarea bolnavului

Mobilizarea bolnavului trebuie să înceapă cât mai precoce.

După ce bolnavii se trezesc din narcoză și devin cooperanți, vor fi puși să respire adânc, să facă mișcări de respirație folosind și brațele, destinzând abdomenul, prin coborârea diafragmului. O mare atenție se va da bolnavilor cărora li s-a aplicat un bandaj de corp strâns, care va diminua capacitatea respiratorie.

Imediat ce bolnavul se poate mobiliza din pat, el trebuie să facă mișcări cât mai ample și mai ales mișcări respiratorii, iar de câte ori se constată că are un arbore bronșic încărcat, va fi pus să tușească și să expectoreze.

Paturile moderne care permit ridicarea spatelui și a membrelor inferioare ajută mult mobilizarea ușoară a bolnavilor în pat. Unele tipuri de paturi se pot și automanevra electric de către bolnav, ceea ce oferă importante avantaje.

Prin mobilizarea bolnavului urmărim să preîntâmpinăm staza venoasă, factor important în producerea bolii tromboembolice.

Mobilizarea bolnavului, pe lângă realizarea profilaxiei tromboembolice are și alte numeroase avantaje:

- crește încrederea bolnavului în reușita operației;
- combate atelectazia pulmonară și preîntâmpină apariția infecțiilor pulmonare (pneumonia, bronhopneumonia);
- facilitează reluarea tranzitului intestinal;
- favorizează drenajul gastric și deci împiedică staza gastrică;
- evită vărsăturile precoce postoperatorii;
- stimulează reflexul de golire a vezicii urinare și deci micțiuni spontane;
- înlătură factorii predispozanți tulburărilor neurotrofice la bolnavii slabi, cașectici și denutriți;
- stimulează contracțiile musculare ale membrelor inferioare care au un rol în propulsarea circulației de întoarcere (venoasă).

21.1.4. Reluarea alimentației

Pentru operațiile efectuate pe alte zone ale corpului decât pe abdomen și mai ales pe tubul digestiv, reluarea alimentației postoperator nu ridică probleme deosebite; pentru bolnavii operați pe tubul digestiv însă, aceasta este o problemă mai dificil de rezolvat,

mai ales c
sau intest
nealiment
pentru că
intervenție
traiectul d
încetinite
îngustează
în repaus
și cel lich
trebuie să
aceea este
posibil. La
o operație
ușor reci,
mai consis
nu sughite
normală. V
bolii sale:
care au di
intestinale.
vom putea
senzația ne
Bol
(lipsit și d
semnele c
alte 2-3 zi
circuitul r
peristaltism

Tra
nu a avut
Resturile f
trebuie elir
Ace
fie prin cl
amestecată
a tranzitulu
Pen
sau parafin
În c
prima zi d
de dilatație
Bol
administră

mai ales dacă intervenția chirurgicală a constat în secționarea unor segmente gastrice sau intestinale și efectuarea de suturi anastomotice care nu trebuie "forțate". Prin nealimentarea bolnavului nu realizăm însă decât un repaus de tranzit intestinal relativ, pentru că totdeauna prin zona suturilor circulă fie resturi alimentare existente înainte de intervenția chirurgicală, fie secrețiile digestive normale. Nu încărcăm în primele zile traiecul digestiv pentru că la nivelul suturilor mișcările peristaltice sunt abolite sau încetinite și în același timp la acest nivel se creează de multe ori un edem important care îngustează lumenul, de aceea după astfel de operații tubul digestiv trebuie să fie lăsat în repaus 2-3 până la 5 zile. În acest timp, tot necesarul energetic și în mare măsură și cel lichidian al organismului se reface prin perfuzii, pe cale intravenoasă. Dar, nu trebuie să uităm niciodată că omul se hrănește pe gură și nu prin vene, și că de aceea este obligatoriu să reluăm alimentarea pe cale naturală, orală, cât mai curând posibil. La bolnavii la care putem începe alimentarea pe gură chiar din prima zi după o operație abdominală, este bine să administrăm numai lichide - neîndulcite - preferabil ușor reci, în cantități mari. În zilele ce urmează, alimentele ingerate vor fi din ce în ce mai consistente, iar a patra zi de la operație dacă bolnavul a avut scaun, dacă nu varsă, nu sughite, nu are meteorism abdominal etc. alimentația va începe să fie, progresiv, cea normală. Vom ține bineînțeles seama ca bolnavului să i se administreze regimul specific bolii sale: hepatic, gastric, renal, pentru diabet, complet etc., în funcție de caz. Bolnavilor care au drenaje gastrice (sondă nezofaringiană introdusă în stomac), celor cu suturi intestinale, nu le vom da să ingereze în prima zi după operație nici măcar lichide. Le vom putea da însă bucăți mici de gheață, cu scopul de a le umezi gura și a le suprima senzația neplăcută de uscăciune a mucoasei bucale.

Bolnavii cu suturi gastrice sau intestinale înalte sunt ținuți la un regim absolut (lipsit și de lichide) timp de 2-3 zile, urmând ca apoi și acestora, treptat, mai ales dacă semnele clinice arată o evoluție bună, să li se permită ingerarea de apă, apoi după alte 2-3 zile, de alimente mai consistente, bogate în proteine; aceste alimente, intrate în circuitul metabolic, au și scopul de a ajuta cicatrizarea și de a excita reluarea peristaltismului intestinal normal.

21.1.5. Reluarea tranzitului intestinal

Tranzitul intestinal postoperator se reia la 48-72 ore. Dacă în ziua a treia bolnavul nu a avut scaun spontan, el începe să prezinte neliniște abdominală și jenă dureroasă. Resturile fecaloide și eventual sânge intestinal acumulat după operațiile pe tubul digestiv, trebuie eliminate prin provocarea scaunului.

Aceasta se face fie prin supozitoare cu glicerină introduse anal în ampula rectală, fie prin clismă evacuatoare cu apă caldă în care se introduce o spumă de săpun amestecată cu 20-30 ml ulei de parafină. Acesta este modul cel mai frecvent de reluare a tranzitului intestinal.

Pentru combaterea parezei intestinale se pot folosi injecții de miostin, ulei de ricin sau parafină administrate per os sau pe sondă nazo-gastrică.

În cazul bolnavilor operați pe colon li se va stimula peristaltica intestinală din prima zi de la operație, administrându-se oleu de ricin 15-20 g în două reprize, alături de dilatație anală care trebuie efectuată la sfârșitul intervenției chirurgicale.

Bolnavilor cu operații anale, hemoroizi, fistule, abcese, trebuie dimpotrivă să le administrăm constipante pentru 4-5 zile când să nu aibă scaun și alimentarea acestora

va fi numai hidrică. În seara zilei a 4-a sau a 5-a, acestor bolnavi li se vor administra 20 ml oleu de ricin, iar înainte de scaun medicația care să calmeze durerea ce apare și chinuie pentru câteva minute bolnavul.

Reaparitia parezei sau menținerea ei, cu toate măsurile întreprinse, alături de alte semne ne indică prezența unei reacții inflamatoare a peritoneului, cauza acesteia.

21.1.6. Realuarea micțiunilor

După 4-6 ore de la intervenția operatorie, bolnavul urinează în mod spontan. În cazul în care nu are loc micțiunea spontană, se formează glob vezical, care necesită sondaj vezical sau chiar puncție vezicală.

21.1.7. Urmărirea funcțiilor cardiace și respiratorii

După aducerea bolnavului la salon se va urmări pulsul, TA, ritmul respirator, care după intervențiile mici și mijlocii trebuie să fie în limite normale. În primele 3 ore se urmăresc din 15 în 15 minute, în următoarele 3 ore la fiecare oră, iar ulterior de două ori pe zi. Orice modificare trebuie sesizată pentru că modificarea parametrilor normali poate fi preludivul unor complicații importante.

21.1.8. Urmărirea evoluției febrei

Febra constituie un indiciu important al evoluției postoperatorii a bolnavului. În mod normal în primele 2 zile putem avea o stare subfebrilă, datorată resorbției de la nivelul plăgii operatorii, o ascensiune mai importantă a febrei în ziua a treia poate arăta existența unei complicații: supurația plăgii, infecția pulmonară sau urinară.

21.1.9. Supravegherea evoluției plăgii operatorii și a drenajului

De la sala de operație, bolnavul vine cu plaga acoperită de un pansament steril. Asistenta medicală are obligația să examineze acest pansament și să vadă dacă nu este îmbibat cu sânge. Dacă este îmbibat, ea trebuie să anunțe imediat medicul, care va examina pansamentul și bolnavul, va da instrucțiuni suplimentare, și în funcție de caz, la nevoie, va efectua chiar o reintervenție chirurgicală pentru a descoperi vasul care sângerează și a-l ligatura. Pentru aceste reintervenții este nevoie adeseori de reechilibrarea cu sânge a bolnavului, motiv pentru care asistenta medicală trebuie să anunțe punctul de transfuzie ca să pregătească sângele necesar.

După operațiile mari pe abdomen sau torace se lasă, de obicei, unul sau mai multe tuburi de dren. Majoritatea chirurgilor scot aceste tuburi de dren prin incizii făcute la distanță de zona operatorie (contraincizii), pentru a proteja plaga operatorie de contactul cu tubul sau cu secrețiile ce urmează a se evacua și pentru a evita astfel infectarea plăgii, ori eventuale eventrații, dar și pentru că drenajul prin contraincizii se

face complet și mai ușor. Cantitatea de secreții sanguinolente sau purulente care se evacuează prin tuburile de dren trebuie să fie în general redusă.

Dacă în primele ore după operație se scurge o mare cantitate de puroi, aceasta nu prezintă nimic alarmant, dar dacă se evacuează o cantitate mare de sânge sau bilă, conținut gastric sau intestinal, asistenta va anunța imediat medicul, care va aprecia dacă e vorba de evacuări în limite normale sau este necesară o reintervenție de urgență, pentru o complicație postoperatorie. Pentru ca prin aceste tuburi să nu intre bacterii din afară, acestea se vor acoperi cu comprese și vată sterilă suficientă.

Trebuie avut grijă ca tuburile de dren să nu cadă în cavitatea abdominală sau toracică sau să nu iasă din aceste cavități. Pentru aceasta capătul lor exterior trebuie să fie menținut fixat cu un fir de ancorare pus în timpul operației. Dacă firul a fost tăiat în timpul scurtării tubului, se va aplica pe tub un ac de siguranță.

Atunci când este vorba de evacuări de cantități mai mari de secreții este bine ca tuburile de dren să se atașeze la un sac din material plastic. Se realizează astfel un drenaj închis care este mult mai eficient, previne eventuala infectare a plăgilor din afară, și este mai ușor de întreținut. Adeseori, mai ales după operațiile ce se execută în cavitatea toracică, după amputațiile de mamelă, operațiile pe mușchi sau oase, extirpări de mari tumori ale părților externe ale corpului este foarte utilă aspirația continuă a secrețiilor care se evacuează prin tubul de dren, aspirație ce se poate efectua cu aparate construite special în acest sens, dar posibil și cu o pară de cauciuc adaptată la capătul extern al tubului.

Tot prin contraindicație se scoate și tubul Kehr, care a fost introdus intraoperator în coledoc pentru drenarea acestuia. Tubul Kehr se atașează și el la o pungă din material plastic.

Scoaterea firelor de la piele. Firele de sutură se scot în general între a 3-a - a 4-a zi de la operațiile făcute pe cap și pe gât, la 7-8 zile la operațiile făcute pe membrele superioare, pe torace și abdomen, cu excepția inciziilor mici pentru apendicectomie, la care se scot a 4-a - a 5-a zi. A 9-a - a 10-a zi se scot firele puse pentru operațiile pe membrele inferioare. Se observă că pe măsură ce ne îndepărtăm de cord, din cauza circulației arteriale mai deficitare, cicatrizarea se face mai anevoios, motiv pentru care și firele de sutură de la piele se scot mai târziu.

21.2. Îngrijirea postoperatorie în secția de terapie intensivă

Secția de terapie intensivă își are un loc bine precizat în activitatea spitalului. Ea se poate organiza pe spital, internându-se aici toți bolnavii gravi de la nivelul secțiilor (interne, chirurgie, neurologie, obstetrică-ginecologie etc.) sau să funcționeze sub formă de nucleu de terapie intensivă în secțiile de bază ale spitalului.

Indiferent de modul de funcționare, numele de secție de terapie intensivă i s-a atribuit prin faptul că beneficiază de o supraveghere continuă, efectuată de un număr mai mare de cadre medii, în comparație cu cele din saloanele secției și cu o dotare tehnică care permite controlul permanent al funcțiilor vitale și o resuscitare cardio-respiratorie promptă.

În secția de terapie intensivă sunt supravegheate îndeaproape funcțiile aparatului respirator, cardio-vascular, urinar și digestiv. Aceste funcții sunt urmărite de un personal

mediu specializat pentru terapie intensivă care folosește în aprecierea unei evoluții normale a cazurilor dificile un număr însemnat de aparate de control, semnalizare și întreținere.

În unele servicii de terapie intensivă supravegherea este efectuată dintr-un punct central pentru toți bolnavii care sunt cuplați la sistemul de control.

Termenul de "monitoring" (monitorizare) cunoscut din literatura anglo-saxonă a devenit astăzi uzual în serviciile de terapie intensivă, prin el înțelegându-se determinarea continuă a unor parametri ai funcțiilor vitale: respirația, circulația, activitatea de depurare renală și activitatea electrică a sistemului nervos central. Alături de această urmărire, laboratorul efectuează analize de urgență pe linie: hematologică, biochimică și bacteriologică confirmând semnele date de această aparatură specială.

Dintre componentele urmărite de monitorizare menționăm:

- a) aparatul cardio-vascular - puls, TA, EKG, presiune venoasă centrală;
- b) aparatul respirator - frecvența și ritmul respirației, amplitudinea mișcărilor respiratorii;
- c) aparatul urinar - curba diurezei cu debitul urinar în ml/oră, densitatea urinei, ureea urinară și ureea sanguină, creatinina etc.;
- d) aparatul digestiv - starea abdomenului, staza gastrică, pierderile prin vărsături, fistule, scaune (diaree);
- e) curba febrilă - orientează asupra evoluției și apariției unor complicații de tip infecțios: supurația plăgii, infecții pulmonare, urinare etc.;
- f) activitatea sistemului nervos central - electroencefalograma (EEG), presiune intracraniană în comele prelungite;
- g) probe de coagulare - TS, TC, toleranța la heparină, timpul Howel, timp de protrombină (Quick), coagulare în tub (Lec-White);
- h) echilibrul acido-bazic - PO_2 , PCO_2 , pH-ul sanguin;
- i) ionograma sanguină și urinară, eventual ionograma pierderilor lichidiene;
- j) hemograma, Hb, hematocrit.

Aceste explorări efectuate în serviciul de terapie intensivă dau posibilitatea stabilirii apariției unor complicații în evoluția postoperatorie a bolnavilor, administrarea unui tratament în consecință, urmărirea eficienței tratamentului, necesitatea schimbării conduitei terapeutice etc.

În serviciile de terapie intensivă o caracteristică importantă o reprezintă reechilibrarea hemodinamică, hidroelectrolitică și nutritiv-energetică mai atentă a bolnavilor în primele zile după operație sau în timpul evoluției postoperatorii, când s-a produs o dereglare a acestora.

21.3. Reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritiv-energetică postoperatorie

21.3.1. Reechilibrarea hidroelectrolitică

Este obișnuit să se spună că apa este cantitativ cel mai important constituent al organismului. Este însă și calitativ la fel de importantă, celulele neputându-și exercita funcțiile decât în mediul hidric.

în ci
inters

bazal

a met
sindr

în fur
copii

extrac
inters

metat

(200

capab
(anioi

comp
comp

milie
la gre