

## **CURSUL 9**

### **PERIOADA POSTOPERATORIE A PACIENTILOR OPERAȚI SUB ANESTEZIE GENERALĂ**

- Durata postoperatorie este apreciată în mod variabil: principalele criterii sunt tipul și amploarea operației, nevoile asociate ale bolnavului; de obicei această durată variază în chirurgia digestivă de la câteva zile la câteva ore, până la 7-10 zile în cazul intervențiilor mari deschise, care presupun rezecții și anastomoze multiple.

- Postoperator, asistenta va trebui să ceară informații legate de tipul operației, cantitatea de sânge pierdut, pozițiile tuburilor de dren, diagnosticul postoperator și posibilele complicații imediate care trebuie descoperite precoce pentru a fi tratate corespunzător;

- Patul din salonul postoperator trebuie să fie dotat cu bare laterale care împiedică căderea pacientului, acesta trebuind să fie urmărit non-stop de către asistenta de salon.

- Poziția pacientului în pat, adoptată în timpul operației, va trebui să permită efectuarea mișcărilor respiratorii și eliminarea secrețiilor, inclusiv a celor eliminate prin tubul de dren, acestea vor fi urmărite pentru a nu fi obstruate de-a lungul traiectului. Poziția pacientului se va adapta tipului de operație efectuat și se vor supraveghea din primele momente: trezirea bolnavului, starea generală, pansamentele, drenajele, perfuzia, eventuale sonde atașate postoperator.

- În cazul pacienților adormiți, de preferat este decubitul lateral, pentru a se evita aspirația conținutului în caz de vărsătură.

- Asistenta trebuie să ofere date în legătură cu starea pacientului, valoarea pulsului, TA, temperatura, asupra cantității și calității drenajelor, cantitatea aspiratului gastric, nazo-gastric, diureză, precum și alterarea eventuală a funcțiilor vitale. Toate aceste date sunt în secțiile corect utilizate obținute cu ajutorul monitoarelor.

- În afara acestora, salonul postoperator trebuie să fie dotat cu cantități suficiente de medicamente uzuale folosite în situații de urgență, defibrilator, instrumentar pentru abord venos central, sonde, aspirator electric, sursă de oxigen, ventilatoare pentru ventilația mecanică, aparat anestezic.

Îngrijirea postoperatorie joacă un rol important în evoluția favorabilă a pacientului chirurgical; există câteva gesturi importante incluse în urmărirea postoperatorie. Astfel, odată cu întoarcerea bolnavului la pat, acesta trebuie așezat într-un pat încălzit; se evită încălzirea sticlelor cu apă caldă, deoarece există riscul producerii arsurilor; există paturi cu corturi încălzite cu aer cald.

Camera în care trebuie așezat pacientul trebuie aerisită, temperatura de confort trebuie să fie între 20-25°C. Se preferă luminozitate redusă, pentru a permite odihna pacientului și să fie suficient personal medical pentru a efectua manevrele necesare.

Pentru a putea urmări în mod corespunzător examinarea pacientului în perioada imediat următoare intervenției chirurgicale, asistenta din salonul postoperator va trebui să cunoască o serie de **date clinice**:

- *Faciesul* trebuie să revină la normalitate, treptat, orice modificare a culorii ori a aspectului feței (paloare, cianoză, edem) trebuie să ridice semne de întrebare și necesită tratament;

- *Limba uscată* înseamnă hidratare insuficientă;

- *Temperatura* ușor crescută 37.5-38°C, în primele zile postoperatorii, exprimă o bună reactivitate a pacientului;

- *Febra menținută* sau apărută după 3 zile postoperator poate fi apariția unei supurații a plăgilor operatorii, infecții pulmonare, urinare;

- *Starea de conștiență* a bolnavului va fi evidențiată prin cercetarea răspunderii acestuia la întrebări simple, ori stimuli eventuali dureroși.

Agitația, dezorientarea temporo-spațială, apatia, obnubilarea constituie semne de alarmă.

- *Durerile abdominale* sunt considerate normale postoperatorii, depinzând de reactivitatea individuală, trebuie tratate cu antialgice adecvate;

Accentuarea durerii, apărută în anumite zone ori asociată cu fenomene inflamatorii iritative abdominal sugerează fenomenele peritonitice și trebuie semnalată imediat.

- *Tranzitul intestinal* este de obicei încetinit, datorită parezelor intestinale generate de intervenția chirurgicală;

Absența tranzitului intestinal mai mult de 3 zile postoperator, însoțit de meteorism abdominal și dureri sugerează sindrom ocluziv, care impune intervenție chirurgicală.

- *Diureza* – se apreciază atât cantitativ, cât și calitativ.

O serie întreagă de semne fizice sunt important de a fi recunoscute în perioada de urmărire a bolnavului postoperator:

- semnele de insuficiență respiratorie
- alterarea stării generale
- durerea severă cu localizări variate
- modificări apărute la nivelul plăgii operatorii, pot fi remarcate la simpla inspecție a abdomenului.

### **Supravegherea postoperatorie**

Se face în compartimentul postoperator.

Se supraveghează funcțiile vitale (respirație, puls, temperatură, tensiune arterială, starea de conștiință, durerea) din 15' în 15' până devin stabile și se notează în fișa de trezire a operatului.

Se raportează imediat medicului anestezist și chirurgului orice modificare (cianoză cu transpirații, tirajul mușchilor intercostali, în caz de obstrucție respiratorie, de exemplu).

Se observă aspectul general al operatului: în mod obișnuit este palid, cu extremități reci, cu psihic lent și sensibil la durere.

Se verifică permeabilitatea și poziția cateterelor, sondelor, tuburilor de dren.

### **Transportul de la blocul operator**

Transportul pacientului trebuie făcut în condiții de maximă siguranță între sala de operație și patul din salonul postoperator, acest lucru se face de către brancardier, dar medicul anestezist trebuie să stea la capul bolnavului, această mobilizare trebuie făcută strict cât este necesar, cu atenție deosebită la păstrarea drenajelor în poziția în care au fost montate intraoperator;

Se aplică măsuri de protecție și de siguranță a pacientului, mai ales în cazul celor agitați.

Se transportă operatul cu funcțiile vitale și vegetative stabile în salonul postoperator sau în salonul de terapie intensivă.

Se evită, pe timpul transportului, zdruncinăturile, curenții de aer.

Se impune atenție sporită la tuburile de dren, perfuzie, sonda de aspirație, plaga operatorie.

### **Supravegherea stării termice**

Se măsoară temperatura și se reprezintă grafic în foaia de temperatură.

Se combate frisonul - prin încălzirea pacientului cu păături suplimentare sau buiote cu apă caldă așezate pe părțile laterale ale corpului sau se administrează sedative la indicația medicului.

Se supraveghează și raportează semnele de hipotermie: somnolență, reacții încetinite, respirație rară, TA și puls scăzute ca urmare a scăderii metabolismului bazal, temperatura rectală în jur de 34°-35° C.

Se semnalează medicului orice creștere patologică a temperaturii corpului și se încearcă scăderea acesteia prin metode fizice (aplicații reci, împachetări).

### **Supravegherea eliminărilor**

La cei cu sonda vezicală: se verifică permeabilitatea, racordul sondei; se notează caracteristicile urinei: culoare, aspect, cantitate, se golește la timp punga colectoare.

La cei fără sonda vezicală: se stimulează reluarea micțiunilor spontan în primele 6 - 8 ore postoperator, se verifică prezența "globului vezical" dacă pacientul nu urinează spontan, se oferă bazinetul sau urinarul pentru captarea urinei la pat; atenție la bolnavii de sex masculin care urinează mai greu în poziție de clinostatism. Se anunță medicul dacă bolnavul nu urinează (este în anurie din cauza "postului" pre-, și postoperator sau are "glob vezical"). Se face sondaj vezical, în condiții aseptice, dacă bolnavul prezintă "glob vezical" și nu poate micționa spontan.

Se supraveghează reluarea tranzitului intestinal pentru gaze, în a 2-a zi postoperator și în a 3-4-a zi postoperator pentru materii fecale, exceptând pacientul cu intervenții pentru hemoroizi sau fistulă anală la care defecația trebuie amânată până la vindecarea plăgii operatorii.

În situații speciale (bolnavul nu elimină gaze și nu are scaun): se pune tub de gaze: 15 - 20 minute, maxim 1 oră și se face masaj abdominal sau se pun supozitoare cu glicerină; clismă evacuatoare, administrarea de amestec litic (ser fiziologic + Plegomazin + Propranolol) sau de soluții hipertone (Manitol) se fac numai la indicația medicului.

### **Supravegherea alimentației**

Se recomandă reluarea alimentației în prima zi postoperator, dacă intervenția chirurgicală nu este la nivelul aparatului digestiv sau pe abdomen; alimentele vor fi ușor digerabile, neflatulente.

În cazurile obișnuite, de chirurgie curentă, schema reluării alimentației este următoarea:

- dietă hidrică - în prima zi postoperator, dacă bolnavul nu varsă;
- dietă ușor digerabilă - în a doua zi postoperator;
- dietă obișnuită - după ce bolnavul a avut scaun.

### **Managementul durerii**

Intensitatea durerii postoperator este influențată de personalitatea și constituția fiecărui pacient în parte, de factorii emoționali psihologici sau de gradul de informare a pacientului în legătură cu internarea chirurgicală.

Tratamentul propriu zis poate fi asigurat medicamentos sau prin așezarea bolnavului într-o poziție confortabilă, golirea vezicii urinare, decomprimarea stomacului prin montarea unei sonde de aspirație.

Se identifică localizarea și intensitatea durerii pe o scală de la 1 la 10 și se înregistrează informațiile referitoare la durere exprimate de pacient, postoperator.

Se administrează medicația analgezică prescrisă de medic, respectând doza și intervalul de administrare.

Se supraveghează efectele terapeutice și nonterapeutice ale analgezicelor (hipoventilație, hipotensiune, risc de aspirație a vărsăturilor în căile respiratorii).

Se aplică măsuri alternative ale durerii:

- metode fizice: aplicații locale calde sau reci, schimbarea poziției, gimnastica respirației, masaj, aromaterapia;
- psihoterapie: constă în controlul durerii de către pacient prin autosugestie și prin hipnoză și exersarea, preoperator, a tehnicilor de relaxare pentru a scădea consumul de analgezice postoperator.

### **Supravegherea stării de conștiență a comportamentului**

Se supraveghează starea de conștiență, mai ales la pacienții în vârstă, la cei cu administrare de analgezice postoperator, cu antecedente de alcoolism, depresie sau cu dezechilibre electrolitice.

Se consemnează și se raportează manifestări ca: agitație, coșmaruri, insomnia sau somnolența, tulburări de sensibilitate (care însoțesc deseori confuzia), delir cu halucinații.

Se supraveghează, în permanență, bolnavul și se menține o sursă de lumină pe timpul nopții, la cei agitați care au tendințe de autoagresiune manifestate prin smulgerea sondelor, perfuziei, drenurilor.

Se explică, cu calm și răbdare, pacientului scopul tuburilor, sondelor, perfuziilor.

### **Mobilizarea operatului**

Se recomandă mobilizarea precoce a operatului, exceptând cazurile cu intervenții ortopedice la nivelul membrelor inferioare, coloanei vertebrale, intervenții pe cord, pacienți adinamici, cu complicații postoperatorii imediate.

Se schimbă poziția din oră în oră în primele 24 de ore postoperator, pentru a favoriza expansiunea plămânilor și pentru a preveni pneumonia hipostatică sau atelectazia (colabarea alveolelor).

Se solicită pacientului să execute mișcări active ale membrelor inferioare din oră în oră sau se fac mișcări pasive ale articulațiilor de la membre, masaje în sensul circulației venoase.

### **Examen de laborator și explorări imagistice**

Sunt recomandate de către medic la bolnavii:

- cu pierderi mari de sânge în timpul intervenției chirurgicale
- cu risc de hemoragie postoperatorie (ex. bolnavi tratați, cu ciroza hepatică, cu tulburări de coagulare, cu hemostaza precară)

- care au suferit intervenții chirurgicale de mare amploare
- aflați în stare critică

Se efectuează obligatoriu în perioada postoperatorie imediată, conform indicației medicale, următoarele examene: hemograma completă, coagulograma, biochimie sanguină, gazele sanguine, radiografia pulmonară la pat.

Dacă sunt necesare, în pregătirea explorărilor funcționale, asistenta medicală va pregăti psihic bolnavul, explicându-i că aceste examene nu-i fac rău și sunt importante pentru confirmarea diagnosticului și instituirea unui tratament corespunzător. Asistenta medicală îi va explica în ce constă fiecare examen și că va trebui să stea liniștit în timpul desfășurării lor. Îl va însoți la sala unde au loc, îl va ajuta să se dezbrace și să se întindă comod pe masa de examinare. La sfârșit, îl va ajuta să se îmbrace și-l va însoți înapoi la salon.

### **Combaterea vărsăturilor și a grețurilor**

Imediat postoperator tubul digestiv parcurge o fază de parază, determinată de pneumoperitoneul postoperator. La pacienții supuși altor tipuri de intervenții chirurgicale decât cele abdominale, acest fenomen poate să lipsească. Durata parezei intestinale este diferită în funcție de reactivitatea organismului sau de amploarea intervenției (de la câteva ore la 3-4 zile). Primul organ care își reia activitatea este intestinul subțire. Clisma este indicată la 2-3 zile postoperator.

Pentru combaterea stazei gastrice se plasează sondă nazogastrică. Prevenirea vărsăturilor se face prin aspirație nazogastrică.

### **Prevenirea complicațiilor postoperatorii**

1. **Complicații imediate**
2. **Complicații tardive**

#### **1. Complicațiile imediate**

##### **A. Complicații respiratorii:**

- o **hipoxia** din cauza intervenției abdominale superioare, boli pulmonare cronice; **masuri de prevenire:** oxigenoterapie, stimularea expectorației
- o **stop respirator** din cauza supradozării opiaceelor (Fentanyl); **interventie-** se administrează Narcan; o **obstrucția cailor aeriene superioare** prin caderea limbii - se previne prin pipa nasofaringiană sau orofaringiană; în caz de vărsături se așază bolnavul în decubit lateral;
- o **spasmul sau edemul laringian** - se HHC iv sau Decortin.

##### **B. complicații cardiace;**

- o **tahicardia** cauzată de hipovolemie, sangerare, insuficiența cardiacă;

**masuri aplicate:** reechilibrare hidroelectrolitica, reinterventie, tonice cardiace;  
o **HTA** din cauza hipervolemiei, durerii; **interventii aplicate-** se administreaza - diuretice, antihipertensive, calmante ale durerii;

o **tulburari de ritm** cauzate de tulburari hidroelectrolitice, insuficienta cardiaca ; **masuri aplicate:** reechilibrare hidroelectrolitica, antiaritmice

### **C. Complicatii hemoragice:**

o **hemoragie interna** cu semnele hipoTA, tahicardie, cresterea volumului abdominal; **masurile aplicate** sunt stabilite de medic: reinterventie; **in hemoragie externa** se face hemostaza locala si medicamentoasa cu vit. K,

**D. Hipotermia si frisonul postoperator** pot aparea prin pierdere de caldura, administrare de vasodilatatoare, temperatura scazuta in sala de operatie ;**interventii:** se combate prin invelirea bolnavului, incalzirea patului; in frison se dau sedative sau neuroleptice.

### **E. Confuzia postoperatorie** manifestata prin:

o delir, tulburari de constienta, de memorie, apare mai frecvent la varstnicii cu ateroscleroza;

o agitatie nocturna necesita supraveghere permanenta, sursa de lumina; se previne informand permanent bolnavul atunci cand este lucid despre situatia sa, locul unde se afla, ce tuburi de dren are;

o imobilizarea pacientului se face numai in caz de pericol, pentru asigurarea securitatii si vindecarii sale.

### **F. Alte complicatii: tromboemboliile, infectii pulmonare, infectii ale plagilor**

#### ➤ **Prevenirea tromboemboliilor**

**Tromboemboliile sunt complicatii** cu risc maxim de aparitie in primele 10 zile de la interventie.

Categorii de bolnavi predispusi sunt bolnavii:

- cu insuficienta cardiaca,
- cu poliglobulie, - cu varice, obezitate;
- cu interventii pe bazin, sold, membre inferioare;
- cu varsta inaintata;

!! Embolia pulmonara se instaleaza rapid cu evolutie severa uneori chiar exitus.

#### **Masuri de prevenire:**

- mobilizare precoce;
- folosirea ciorapilor elastici sau fese elastice care se vor aplica chiar din ziua interventiei de la sala;
- antiticoagulate in doze mici, dintre care derivatele de heparina: Fraxiparina 5000 u.i. S.C. in flancurile laterale abdominale de 2 ori/zi; Calciparina sub supravegherea Timpului de protrombina sau Timpului Quick.

#### ➤ **Prevenirea infectiilor pulmonare**

**Pneumoniile** sunt complicatii care pot aparea numai la anumite categorii de bolnavi.

Pacienti cu risc: varstnicii, fumatorii, pacienti cu afectiuni cronice pulmonare, obezii, pacientii cu interventii pe torace care nu respira eficient din cauza durerii; respiratia superficiala produce atelectazie.

**Atelectazia** reprezinta excluderea din circuitul aerian a unui anumit teritoriu pulmonar prin obturarea conductului aerian ; in functie de calibrul bronhiei blocate se intalnesc atelectazii masive lobare, lobulare; acestea pot aparea in primele 3 zile postoperator, bolnavul prezentand febra, tahicardie, clanoza cu tuse si expectoratie.

#### **Masuri de prevenire:**

- gimnastica respiratorie, se fac respiratii profunde, 4 - 5 la un sfert de ora;
- pacientul este sfatuit sa se ridice in pozitie sezanda, sa tusesca si sa expectoreze;
- masajul de stimulare a respiratiei prin miscari circulare cu mainile exercitand presiune de la ceafa pana in zona lombara de o parte si alta a coloanei vertebrale;
- inhalatii;
- tapotarea cutiei toracice dorsale (aplicarea de lovituri scurte cu palma);
- aspiratia secretiilor bronsice cu sonda endobronsiaca.

#### **Tratamentul infectiilor respiratorii se face cu :**

- antibiotice, expectorante, bronhodilatatoare;
- Oxigen pe sonda sau masca;
- pozitie semisezanda pentru usurarea respiratiei;
- schimbarea pozitiei la fiecare 2 ore,
- exercitii respiratorii.

#### ➤ **Infectiile plagii pot fi cauzate de:**

- Germeni patogeni din aer (praf) sau de pe tegumentele bolnavului;
- Nerespectarea regulilor de asepsie;
- Focare septice pe tegument langa plaga operatorie;

#### **Tratament:**

- **local** - scoaterea firelor, eliminarea colectiilor, schimbarea pansamentului cat mai des pana la vindecare;
- **general** cu antibiotice conform antibiogramei.

## **2. Complicatii tardive sunt:**

➤ **Aderentele** reprezinta benzi fibroase care apar intre diferite organe abdominale sau intre organe si peretele abdominal in locul unde s-a efectuat operatia.

Simptome: dureri abdominale postoperatorii si tulburari de tranzit, in stadiul extrem - ocluzii mecanice; **interventii**- tratament chirurgical de urgenta.

➤ **Eventratiile** sunt iesiri ale organelor abdominale acoperite de un sac



peritoneal la nivelul unei cicatrici postoperatorii cauzate de cresterea presiunii intraabdominale, intinderea peretelui abdominal, obezitate, eforturi fizice mari in perioada postoperatorie.

**Profilaxie** - evitarea tusei, a constipatiei si a eforturilor fizice mari postoperator.

**Tratamentul** - interventie chirurgicala.

➤ **Escarele** sunt leziuni de decubit. Predispusi sunt bolnavii cu hemiplegie, paraplegie, comatosi.

**Prevenire:** igiena tegumentelor si mucoaselor, schimbarea lenjeriei corp si de pat, schimbarea pozitiei in pat din 2 in 2 ore, examinarea zilnica si protejarea regiunilor predispuse cu colaci de cauciuc, pernite de vata.

**Concluzie:** educatia sanitara a bolnavului si constientizarea sa, respectarea recomandarilor medicale, a tratamentelor prescrise, a controalelor periodice de specialitate indicate, previn aparitia complicatiilor tardive.