

(1)

	— Faciesul exprimă spaimă și sete de aer: exoftalmie, gură întredeschisă. — Tegument palid-cenușiu acoperit de transpirații reci. — Hipersonoritate pulmonară, murmur vezicular diminuat, raluri sibilante și ronflante. — Bradicardie. Criza are durată variabilă (1/4 oră – 3 ore) și se termină relativ brusc.
1.2.3. Conduita de urgență	Crizele de astm bronșic se pot trata și în condiții ambulatorii: • Bolnavul, menținut în poziție șezândă, sprijinit în poziția cea mai comodă, va fi șters de transpirații. • Până la venirea medicului care este chemat imediat, vor fi date bolnavului: — antispastice: papaverină, lizadon; — dilatatoare ale bronhiilor: eufilină, miofilin; — simpaticomimetice: tablete de efedrină, asmofug, asmopent, alupent, berotec în inhalatii sau sub formă de spray. <i>Atenție! în cazul primului acces de astm apărut la un bolnav în ale cărui antecedente nu sunt semnalate crize de astm bronșic sau care este cunoscut ca hipertensiv sau are valori tensionale crescute, se evită simpaticomimeticele.</i> • Medicul va face apoi indicația medicației de urgență, medicamentele uzuale de urgență fiind: — miofilin (bronhodilatator) 1-2 fiole a 0,24 g în injecție intravenoasă. Se administrează lent (3-5 minute); — hemisuccinat de hidrocortizon 50-200 mg. i.v. (în cazul în care criza nu cedează la miofilin); — oxigenoterapie. Prin sondă introdusă prin nările bolnavului până în faringe (6-8 cm) oxigenul se administrează umidificat cu debit de 6-8 l/minut. în caz de ineficiență se recurge și la alte medicamente: <i>sulfat de magneziu</i> injectat i.v. lent (10-20 ml). Se continuă administrarea de: — <i>simpaticomimetice</i> sub formă de inhalatii (asmopent, alupent, berotec, solbutamol), bronhodilatin sublingual; — efedrină (fiole a 1 ml 5% în injecții s.c. 1-2 fiole), adrenalină (fiole a 1 ml 1‰ injectate subcutanat). <i>Atenție! Simpaticomimeticele sunt contraindicate la hipertensivi, coronarieni, hipertiroidieni.</i>

③

	• <i>Febra</i>, absentă la început, apare la 12-24 de ore de la debut (în jur de 38°C). • <i>Alte semne</i>: Uneori starea de șoc domină tabloul clinic de la început, manifestat prin paloare, tegument rece și umed, puls rapid filiform, alterarea stării generale, oligurie gravă. Șocul „inexplicabil“, edemul pulmonar, insuficiența cardiacă rapid progresivă, tulburările de ritm atrag atenția asupra unui infarct miocardic chiar în absența durerii. <i>De reținut</i>: debutul atipic este frecvent, îndeosebi la vârstnici; debut nedureros, mascat de unele din simptomele și semnele menționate anterior, care aparțin complicațiilor infarctului miocardic acut. I.M.A. este una din afecțiunile în care evoluția poate să ducă la moarte, iar îngrijirea acestor bolnavi constituie o urgență medicală. Asistenta medicală trebuie să știe să acorde primul ajutor oricând și oriunde va fi solicitată.
2.3.2. Conduita de urgență	În faza de prespitalizare. Faza de prespitalizare este intervalul de la debutul infarctului miocardic și până în momentul sosirii bolnavului în spital. Deoarece mortalitatea cea mai mare (2/3 din cazuri) are loc în această fază, asistenta medicală trebuie să fie familiarizată cu principalele probleme de rezolvat în această perioadă.
— prevenirea morții subite	• Așezarea bolnavului în decubit dorsal și interzicerea efectuării oricărei mișcări. <i>Atenție!</i> Să nu se uite psihoterapia.
— preîntâmpinarea altor complicații	• <i>Sedarea durerii</i>: (la indicația medicului) — morfină 0,01 g - 0,02 g (1 fiolă = 0,02 g) subcutanat sau intramuscular, eventual intravenos, încet diluat în ser fiziologic, sub controlul respirației; — mialgin 0,10 g subcutanat sau intramuscular, eventual intravenos, diluat în 10 ml ser fiziologic sau glucoză 10%, — fortal 30 mg intravenos sau intramuscular. <i>Atenție!</i> Morfina poate provoca o hipotensiune arterială și deprimarea ventilației pulmonare. Asocierea cu atropină (1 mg subcutanat sau intramuscular, eventual 0,5 mg i.v.) poate preveni aceste fenomene. Dacă durerile sunt de mai mică intensitate se poate încerca liniștirea lor cu algalmin, fenobarbital, codeină.

are la 12-24 de ore de la

șoc domină tabloul clinic
paloare, tegument rece și
alterarea stării generale,
cabil“, edemul pulmonar,
gresivă, tulburările de ritm
infarct miocardic chiar în

te frecvent, îndeosebi la
născut de unele din simp-
te anterior, care aparțin
miocardic acut. I.M.A. este
evoluția poate să ducă la
bolnavi constituie o urgență
trebuie să știe să acorde
de va fi solicitată.

intervalul de la debutul
în momentul sosirii bol-

are (2/3 din cazuri) are loc
icală trebuie să fie fami-
me de rezolvat în această

ubit dorsal și interzicerea
rapia.

medicului)
lă = 0,02 g) subcutanat sau
avenos, încet diluat în ser
pirației;
sau intramuscular, eventual
ser fiziologic sau glucoză

intramuscular.
o hipotensiune arterială și
are. Asocierea cu atropină
cular, eventual 0,5 mg i.v.)
ne. Dacă durerile sunt de
e încerca liniștirea lor cu
nă.

	• Urmărirea T.A. și P. Menținerea T.A. cu perfuzii de glucoză 5%, dextran, marisang și H.H.C. Urmărirea pulsului și corectarea extrasistolelor cu xilină de uz cardiologic. Menținerea permeabilității căilor aeriene prin aspirație. Oxigenoterapie.
— scurtarea timpului până la internarea în spital	• Transportul de urgență într-o unitate spitalicească cu autosanitare și obligatoriu cu targa. Pentru reducerea mortalității prin infarct miocardic, ideale sunt ambulanțele dotate cu aparatură de monitorizare, defibrilare și reanimare și însoțite de un medic și un cadru mediu – așa-zisele „unități mobile coronariene“.

Pentru a se acorda îngrijiri în unitățile spitalicești și pentru a se putea interveni de urgență, asistenta medicală trebuie să aibă pregătită o trusă de prim ajutor, care să cuprindă:

— medicație pentru calmarea durerii, sedative, anticoagulante, xilină, coronarodilatatoare (intensain), hemisuccinat de hidroclorid (HHC);

— seringi sterile, soluții de perfuzat, aparat de perfuzie, deschizător de gură, pipe Guedel, aspirator de secreții, aparat de respirație artificială de tip Ruben, aparatură pentru monitorizare și defibrilare.

2.3.3. Îngrijirea în unitățile spitalicești	
1 - instalarea bolnavului în pat	— Transportul bolnavului de la „Salvare“ se face direct în secție (cardiologie, terapie intensivă sau interne), cu targa, într-un timp cât mai scurt. — Mutarea bolnavului de pe targă în pat o face personalul sanitar fără să permită bolnavului nici o mișcare, pentru ca să nu i se agraveze situația. — Asistenta medicală va avea grijă să îi fie asigurat un climat de liniște, salon bine încălzit, aerisit. — Poziție cât mai comodă, în pat (este bine ca paturile să fie prevăzute cu somiere reglabile pentru a se evita pozițiile forțate).
2 - aplicarea în continuare a măsurilor de prim ajutor	La indicația medicului: — <i>sedarea durerii</i>: derivații de opioace (morfină, mialgin), fortral sau amestecuri litice (romergan + largactil + mialgin); — <i>combaterea anxietății</i>: sedative (fenobarbital, diazepam). Pe cât posibil se evită administrarea sedativelor concomitent cu a opioaceelor; — oxigenoterapie.

roelectrolitice și acidobazice
laborator.
e pentru calmarea stării de
am, barbiturice, bromuri).
condrul drept reduce infla-

abilă se recurge la *tratament*

caz de perforație) în care este
că de la început intervenția
dacă fenomenele nu cedează,

UTĂ

a, amilaza, lipaza, care se varsă
Vater, prin canalul Wirsung și

i: insulina, glucagonul cu rol
acțiuni).

este alcătuit din două părți:
sulele Langerhans).

macului cu corpul, capul fiind
aport cu splina.

rizată anatomo-patologic, prin
oasă), hemoragică (pancreatită
inic se manifestă ca un sindrom
re de șoc.

proces de autodigestie a glandei
ololitice, lipolitice și proteolitice,
scute în sânge și urină).

centuat al glandei, apoi apare un
eziunii hemoragice cu necroză

lui coledoc).

ncreatic și a ampulei Vater
lamentația sfîcterului Oddi) sau
funcțională.

alcool.

ncreatice (tromboza capilarelor
ateromatoase).

	— Infecțiile. — Cauze toxice (intoxicații cu ciuperci). — Alți factori etiologici: hiperlipemia, hipercalcemia, traumatismele etc. — Ulcerul duodenal, obezitatea.
3.2.2. Simptomatologie	Simptomele și semnele sunt fruste în pancreatitele acute, edematoase și deosebit de intense, <i>dramatice</i> în pancreatitele necrotic-hemoragice. Debutul bolii este brusc. • Durerea abdominală, cu localizare în etajul superior „în bară”, cu iradiere în spate și mai rar în umeri, simulând ulcerul perforat, este simptomul principal. Este continuă, de intensitate mare. Uneori bolnavul ia poziții antalgice (flexiunea trunchiului, antebrațele pe abdomen apăsând regiunea dureroasă). • Vărsături (alimentare, bilioase sau hemoragice). • Meteorism. • Tulburări de tranzit (constipație sau ileus dinamic). • Stare de șoc în formele grave (paloare, puls mic și rapid, tensiune arterială scăzută, transpirații, extremități reci, anxietate, tahipnee). • Semnele locale sunt sărace: — nu există contractură musculară, — uneori o ușoară apărare epigastrică, — pe abdomen apar în unele cazuri pete cianotice (în formele necrotice).
3.2.3. Atitudinea de urgență	— Internarea în spital și menținerea sub observație medico-chirurgicală. <i>Atenție – nu se administrează mialgin sau morfină</i> (dau spasmul sfîcterului Oddi și maschează procesul inflamator acut). — <i>nu se administrează nimic peroral.</i> — Calmarea durerii abdominale. Se poate administra algo-calmin i.m., bicarbonat de sodiu 1 linguriță peroral. — Gheață pe abdomen. — Aspirație duodenală cu sonda „à demeure”. — În caz de stare de șoc, dacă este posibil: perfuzie cu soluție macromoleculară (dextran 40) sau ser glucozat 5%, perfuzie care va fi menținută în timpul transportului. — <i>Recoltarea sângelui</i> pentru examinări de urgență: amilazemie, calcemie, glicemie, bilirubinemie, V.S.H., leucocite. Creșterea amilazei, leucocitelor, a glucozei și scăderea calciului sunt semnificative pentru diagnostic, <i>recoltarea urinei</i>: amilazurie, glicozurie.
— în faza de prespitalizare	
— în spital	

	— <i>Examenul radiologic abdominal</i> pe gol poate pune în evidență semne de ileus dinamic, poate exclude semne directe de ulcer perforat. — Calmarea durerii în spital: • mialgin 100-150 mg la interval de 3-5 ore. - La mialgin se mai adaugă: • atropină 0,5-1 mg • papaverină 80 g (două fiole) la 2 ore i.v. • nitroglicerină 2-3 tablete sublingual, care anulează efectele spastice ale mialginului • perfuzie cu xilină – în doză de 2-3 g/zi în ser glucozat 5% sau în ser fiziologic • fortral i.m. — Combaterea stării de șoc (vezi șocul). — Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice: gluconat de calciu i.v. (în caz de hipocalcemie) 20-30 ml din sol. de 10% în 24 de ore. — Glucocorticoizi – H.H.C. (în cazurile grave pentru efectul antiinflamator, antișoc, antitoxic) în doză medie 100 g/24 de ore. — Antibiotice în caz de infecție — Inhibitori ai tripsinei; — trasyolol i.v. 1-2 fiole a 25 000 U la 6 ore, — katein i.v. 500 000 U.J.K. (5 fiole) numai în formele edematoase la debut! apoi în perfuzie câte 50 000 U.J.K./oră.
--	---

Notă. Dacă tratamentul medical inițial nu ameliorează net starea clinică a bolnavului, se intervine chirurgical în scopul drenării edemului congestiv sau limfatic.

3.3. OCLUZIA INTESTINALĂ

Prin ocluzie intestinală se înțelege oprirea completă și persistentă a tranzitului intestinal și, în consecință, imposibilitatea evacuării de materii fecale și gaze (se constituie un sindrom de abdomen acut).

— În trecut s-a mai folosit și termenul de *ileus*, care a fost însă părăsit, deoarece cuvântul, derivat din limba greacă (eileos), înseamnă a răsucii, răsucirea fiind doar una din multiplele cauze ale ocluziei.

Oprirea tranzitului poate fi provocată de un obstacol mecanic, sau de un obstacol dinamic.

În funcție de aceste posibilități de producere, ocluzia a fost clasificată în două tipuri:

- Ocluzie *mechanică* – oprirea tranzitului poate fi provocată de un obstacol mecanic, situat oriunde în lungul intestinului subțire sau al intestinului gros.
- Ocluzie *dinamică* (funcțională) – oprirea tranzitului este datorată unei tulburări funcționale a motilității intestinale fie prin exagerarea contracției musculaturii peretelui intestinal, fie prin pareza sau paralizia acesteia.

e H.D.S.:

ului,
igne,
/eiss (fisura longitudinală a
după eforturi repetate de

hernie gastrică transhiatală,

denului:

denal (cauza principală și cea

corozive și medicamentoase):
de sodiu, medicamente cu risc
rapie, aspirină, fenilbutazonă

enighe ale stomacului și duo-

ire până la unghiul Treitz.

e diverse cauze (ciroza hepa-
orte etc.).

(hemangioame, telangiectazia

roame hemoragice prin trom-

inate:

enit din gură, faringe, epistaxis,
a unui anevrism, abces, tumori

de cantitatea de sânge pierdut, ci

prezența hematemezei și melenei

sei bucale (sânge înghițit și apoi
hemoragii digestive inferioare
lente; modificări de culoare ale
ismut, fier, cărbune) sau alimente

zul în care bolnavul nu are nici
nnelor clinice și de laborator ale

3.4.2. Evaluarea cantității de sânge pierdut

Evaluarea cantității de sânge pierdut se face pentru:

- diagnosticul formei clinice de hemoragie (mică, moderată, mare),
- pentru aplicarea imediată și ulterioară a măsurilor terapeutice potrivite.

La domiciliul unui bolnav care prezintă hemoragie digestivă, nu există alte mijloace de evaluare a formei hemoragiei în afara anamnezei și a examenului clinic obiectiv (vezi „indicele de șoc“, capitolul hemoragii).

3.4.3. Simpto- matologie

- În hemoragiile digestive mici semnele clinice în general sunt absente. Pot apărea uneori: slăbiciune, transpirații reci, hipotensiune arterială, eventual lipotimie.
 - În hemoragiile digestive moderate se observă: tahicardie, amețeli, vedere ca prin ceață, hipotensiune arterială, lipotimie.
- În clinostatism unele simptome pot lipsi.

În hemoragiile digestive masive apar uneori semne de șoc hipovolemic, paloare intensă, polipnee, anxietate, extremități reci, puls rapid și filiform, sudori reci, sete intensă, grețuri, adinamie, hipotensiune, tendință de pierdere a cunoștinței.

Semnele H.D.S., ca și primele măsuri terapeutice trebuie cunoscute de asistenta medicală.

Regulă generală: în orice hemoragie digestivă internarea în spital este obligatorie într-un serviciu chirurgical sau terapie intensivă.

3.4.4. Conduita de urgență

- Repaus strict la pat în decubit dorsal, fără pernă (în hemoragiile masive poziția Trendelenburg, pentru menținerea unei circulații cerebrale corespunzătoare).
- Se interzice orice efort fizic (efortul fizic poate accentua hemoragia sau poate agrava tabloul clinic).
- Asistenta medicală va liniști bolnavii și aparținătorii, recomandându-le calm și convingându-i în același timp și de necesitatea repausului.

Atenție! Această măsură terapeutică trebuie aplicată atât la domiciliul bolnavului, în timpul transportului către spital, cât și în spital. Repausul la pat durează cel puțin 3 zile după oprirea hemoragiei.

- Asistenta medicală va colecta într-un vas sângele eliminat de bolnav și-l va prezenta medicului.
- Va curăța gura bolnavului, cu capul așezat într-o parte, fără să deplaseze bolnavul.

omă calmă)

ect violaceu,

e prăjită), a mucoaselor,

ari, înfundați în orbite,

colaps.

ărsături, dureri abdominale,

1.

osticului pot fi determinate

t medical) glicozuria (reac-

), acetonuria (reacția Legal)

administrează insulina 20 U

spital unde tratamentul este

individualizat pentru comba-

porator pentru determinarea

itativă, acetonuriei, hemato-

mei, rezervei alcaline.

ame imperioasă, senzație de

ietate, transpirații, agitație

ir, fasciculații musculare).

taleză brusc.

omă „umedă” și hipertona:

oasă,

ilari,

eral.

bolnav diabetic) trebuie

i (vezi anexa 1), de care se

rației de tip Kussmaul și a

elor de deshidratare (pielea

ă și umedă în cea hipogli-

neurologice.

	— Când diferențierea este greu de făcut, se administrează 20-30 ml glucoză hipertonică (20-40%) care este urmată de o ameliorare rapidă în cazul unei come hipoglicemice și de nici un efect în cazul comei diabetice. — Transportare la spital.
--	--

Schema diagnosticului diferențial dintre coma diabetică și coma hipoglicemică

<i>Coma diabetică</i>	<i>Coma hipoglicemică</i>
<i>Cauze:</i> — nerespectarea dietei — doză insuficientă de insulină — diferite infecții, tulburări gastro-intestinale — boli intercurrente	<i>Cauze:</i> — alimentație insuficientă — supradozarea de insulină sau (mult mai rar) hipoglicemianta orale) — eforturi fizice mari
<i>Debut</i> — debut lent (mai multe zile)	<i>Debut</i> — debut brusc, sau la câteva ore după administrarea de insulină.
<i>Evoluția simptomelor</i> — poliurie — polidipsie — uscăciunea gurii — grețuri, vărsături — astenie, somnolență-comă — respirație Kussmaul	<i>Evoluția simptomelor</i> — anxietate, neliniște — transpirații, palpitații — senzație de foame — cefalee, diplopie — dezorientare psihică — agitație psihomotorie — convulsii tonic-clonice — pierderea cunoștinței
<i>Starea clinică</i> — tegument uscat, hiperemic — limbă uscată, crăpată — hipotensiune arterială — hipo- și areflexie	<i>Starea clinică</i> — tegument palid, umed — T.A. normală sau crescută — pupile dilatate — reflexele osteotendinoase accentuate (hiperreflexie) — Babinski pozitiv bilateral.

Notă: Nu au fost amintite toate comele de diferite etiologii, dar la un număr mare de come poate fi stabilită cauza fie cunoscând circumstanțele în care a survenit, fie cunoscând antecedentele patologice ale bolnavului, de exemplu: coma traumatică, coma toxică exogenă, comele de origine infecțioasă. Totuși, pentru a avea în plus elemente de diagnostic expunem câteva criterii clinice care pot ajuta la diferențierea lor:

• Modul de debut — brusc:	— hemoragie cerebrală — electrocutare — insolație — hipoglicemie — unele intoxicații (cianură, arsenic) — embolie cerebrală
--	--

5. URGENȚELE NEUROLOGICE

5.1. STĂRILE COMATOASE

6 Coma este o suferință gravă a creierului, caracterizată prin alterarea până la pierderea totală a funcțiilor de relație, cu conservarea parțială a funcțiilor vegetative.

5.1.1. Etiologia comelor este foarte variată

Din punct de vedere etiologic se deosebesc:

A. *Come de origine cerebrală*: agentul cauzal acționează direct asupra creierului:

- leziuni vasculare: tromboză, embolie, hemoragie cerebrală (parenchimatoasă), hemoragie meningeală, inundație ventriculară;
- endem cerebral difuz: eclampsie, encefalopatie hipertensivă, nefropatii acute;
- procese expansive intracraniene: tumoare, abces, chist;
- inflamații: encefalită, meningită, meningoencefalită;
- traumatisme: comotie, contuzie, hematom, fractură de bază de craniu;
- factori fizici: insolație, degerare, electrocutare;
- tulburări nervoase predominant funcționale: epilepsie, isterie.

B. *Come de origine extracerebrală* în care agentul cauzal acționează indirect asupra creierului în tulburările metabolice pe care le generează:

- intoxicații acute exogene: cianuri, barbiturice, alcool, CO₂, insectofungicide, ciuperci etc.;
- come metabolice: diabetică, hipoglicemică, uremică, hepatică;
- come endocrine: tireotoxică (basedowiană), boala Addison (coma suprarrenală), mixedematoasă etc.;
- tulburări hidroelectrolitice și acido-bazice: deshidratare, hiperhidratare, hipercapnie cu acidoză gazoasă etc.

Bineînțeles că la producerea unei come pot să participe mai mulți factori etiopatogenetici.

Stabilirea diagnosticului etiologic are o importanță fundamentală, deoarece în funcție de acesta se stabilește tratamentul cel mai potrivit.

ne supravegherea minut
ie permanentă: tensiune
(amplitudine, frecvență,
peratura tegumentului,
laborator: determinarea
tocritul, azotemia.

face monitorizarea bol-
ă a E.C.G., a T.A., deter-
minarea PO₂, a O₂ pH
, a rezervei alcaline).

analgezice. În principiu
în șocul cardiogen,
oare. În cazurile în care
ndă în doze minime;

val de 1-2 minute. Unii

i.m. repetat la nevoie la

m. repetat la nevoie la

re durerea nu mai este

i, nu se administrează

ce: diazepam 5-10 mg

(1/2-1 fiolă) intravenos

) i.m.

n permanență completarea

ă pentru a le administra de

ofaringiană 6-8 l/minut.

urărilor de hematoză se

e mecanică.

nice.

gen, trebuie instalată de

ă (prin puncție ve- noasă

erizarea unei vene) cu

vește pentru:

relative,

nente,

esului la calea intra-

Administrarea de lichide, atunci când nu se poate măsura
presiunea venoasă centrală, trebuie să se facă sub obser-
vație clinică foarte atentă (a tensiunii arteriale, a stării
generale, a pulsului, a culorii și temperaturii tegumentului,
a diurezei).

Rolul cadrului mediu este foarte important, ca să observe și
să semnaleze la timp medicului apariția unor semne
patologice.

— Optimizarea funcției de pompă cardiacă prin ad-
ministrarea de dopamină, dobutamină și alte cardioto-
nice majore sau beta-active în perfuzie paralelă dozată
individual, doza medie fiind de 2-10 micrograme pe
kilocorp și pe minut.

Stimularea inimii se asociază în tehnicile de tratament
moderne ale șocului cardiogen cu administrarea dozată
de vasodilatatoare: nitroglicerina, niroprusiat de sodiu,
care scad rezistența vasculară periferică, combat
edemul pulmonar și ameliorează întoarcerea către
inima dreaptă, crescând astfel debitul cardiac.

— Administrarea de antiaritmice pentru combaterea arit-
miilor grave care însoțesc infarctul miocardic (xilină în
perfuzie, atropină, propranolol, isoptin, droperidol etc.)
se va face individualizat și numai la indicația me-
dicului.

— Administrarea unor medicamente care se folosesc
numai temporar în anumite situații speciale, când viața
bolnavului este amenințată: noradrenalina, izoprenalină,
pentru menținerea perfuziei organelor centrale, cres-
când rezistența periferică.

— Corectarea acidozei metabolice se face prin admi-
nistrarea de soluție de bicarbonat de sodiu (100- 200 ml
din soluție molară 8,4%) și/sau soluție T.H.A.M. în
funcție de pH plasmatic și deficitul de baze.

— Administrarea de corticoizi este indicată atunci când
alte mijloace terapeutice s-au dovedit inefficiente.

11.3. ȘOCUL ANAFI- LACTIC

7

Șocul anafilactic apare în cursul reacțiilor alergice ime-
diate, grave. Cel mai frecvent survine în următoarele cir-
cumstanțe etiologice:

- alergie medicamentoasă,
- înțepătură de insectă,
- alergie alimentară.

În șocul anafilactic are loc o exsudare mare de lichid de
interstițiu care, alături de vasodilatație determină prăbu-
șirea tensiunii arteriale, ce poate fi responsabilă de moartea
bolnavului.

(L)

11.3.1. Tabloul clinic

- Debutul este brusc (la câteva minute după administrarea substanței).
- Stare de rău general.
- Semne cutanate (erupții cu caracter acut);
 - eriteme difuze, însoțite sau nu de prurit,
 - urticarie
 - edem al feței, al pleoapelor.
- Manifestări respiratorii:
 - edem laringian,
 - sindrom de insuficiență respiratorie acută,
 - crize de dispnee cu respirație șuierătoare, provocată de bronhoconstricție.
- Tulburări cardiovasculare:
 - hipotensiune arterială,
 - puls tahicardic,
 - cianoză,
 - tuse.
- Tulburări neurologice:
 - anxietate, acufene, vertij,
 - uneori convulsii și comă
- Manifestări digestive:
 - greață, vărsături,
 - dureri abdominale,
 - diaree.

Atenție! Șocul anafilactic se poate manifesta și sub formă de reacție anafilactică atunci când semnele clinice descrise sunt de mai mică intensitate, stare care de cele mai multe ori este trecută cu vederea. Diagnosticarea este tot atât de importantă, deoarece în cazul șocului anafilactic medicamentos, repetarea medicamentului va declanșa șocul anafilactic medicamentos sever, posibil fatal. Cadrul mediu este obligat să informeze imediat pe medic de apariția unor forme ușoare.

11.3.2. Conduita de urgență

- Aplicarea de garouri.

În cazul în care șocul a fost declanșat de o injecție intradermică, subcutanată sau intramusculară, sau printr-o înțepătură de insectă într-o extremitate, trebuie stopată reacția generală prin ligaturarea acelei extremități deasupra locului inoculării, în jurul locului inoculat se injectează 1 mg adrenalină 1% diluat în 10 ml ser fiziologic. Se realizează astfel un efect antihistaminic local, precum și o vasoconstricție locală cu prelungirea timpului de pătrundere a antigenului în circulație.

Atenție! Garoul trebuie să fie strâns, pentru a bloca întoarcerea venoasă și trebuie desfăcut 2-3 minute la interval de 10-15 minute pentru evitarea efectelor nedorite ale stazei venoase.

(3) In fiecare unitate sanitara publica sau privata trebuie sa existe proceduri care sa descrie metoda de curatenie, dezinfectie si sterilizare, precum si frecventa de aplicare pentru dispozitivele medicale/instrumentar, aparatura medicala si suprafete.

Art. 16. (1) Metodele de aplicare a dezinfectantilor pe suprafete, respectiv dispozitivele medicale sunt urmatoarele:

- a) stergerea;
- b) pulverizarea;
- c) imersia;
- d) nebulizarea.

(2) Metoda recomandata pentru dezinfectia curenta si pentru cea terminala a suprafetelor este aplicarea dezinfectantului prin stergere.

(3) Aplicarea dezinfectantilor se face in functie de categoria de risc in care se incadreaza si in concordanta cu recomandările producătorului.

Art. 17. - Dezinfectia curenta si/sau terminala efectuada cu dezinfectanti de nivel inalt este obligatorie in unitatile sanitare, dupa cum urmeaza:

a) in spatiile/zonle/sectoarele unde se constata evolutia unor cazuri de infectii asociate asistentei medicale, inclusiv infectia cu Clostridioides difficile;

b) in spatiile/zonle/sectoarele unde se constata situatiile de risc epidemiologic;

c) blocul operator, blocul/sali de nasteri.

Art. 18. - Criteriile de alegere corecta a dezinfectantelor sunt urmatoarele:

a) spectrul de activitate adaptat obiectivelor fixate;

b) timpul de actiune;

c) in functie de sectia/compartimentul din unitatea sanitara in care sunt utilizate, dezinfectantele trebuie sa aiba eficienta si in prezenta substantelor interferente: sange, puroi, voma, diaree, apa dura, materii organice;

d) compatibilitatea cu materialele pe care se vor utiliza;

e) gradul de periculozitate (foarte toxic, toxic, nociv, coroziv, iritant, oxidant, foarte inflamabil si inflamabil) pentru personal si pacienti;

f) sa fie usor de utilizat;

g) sa fie stabile in timp;

h) natura suportului care urmeaza sa fie tratat;

i) riscul de a fi inactivat de diferite substante sau conditii de mediu, asa cum este prevazut in fisa tehnica a produsului.

Art. 19. - (1) Regulile generale de practica ale dezinfectiei sunt urmatoarele:

a) dezinfectia completeaza curatarea, dar nu o suplineste si nu poate inlocui sterilizarea;

b) pentru dezinfectia in focar se utilizeaza dezinfectante cu actiune documentata asupra agentului patogen incriminat sau presupus;

c) utilizarea dezinfectantelor se face respectandu-se normele de protectie a muncii, care sa previna accidentele si intoxicatiile;

d) personalul care utilizeaza in mod curent dezinfectante trebuie instruit cu privire la noile proceduri sau la noile produse dezinfectante;

e) in fiecare incalzire in care se efectueaza dezinfectarea...

- n) eliminarea deșeurilor medicale înseamnă operațiunile prevăzute la D5 și D10 din anexa nr. 2 la Legea nr. **211/2011**, cu modificările ulterioare, cu precizarea că numai deșeurile tratate pot fi eliminate prin depozitare;
- o) fișa internă a gestionării deșeurilor medicale este formularul de păstrare a evidenței deșeurilor rezultate din activitățile medicale, conținând datele privind circuitul complet al acestor deșeuri de la producere și până la eliminarea finală a acestora, conform Hotărârii Guvernului nr. **856/2002**, cu completările ulterioare, conform Listei Europene a Deșeurilor;
- p) gestionarea deșeurilor medicale înseamnă colectarea, stocarea temporară, transportul, tratarea, valorificarea și eliminarea deșeurilor, inclusiv supravegherea acestor operații și întreținerea ulterioară a amplasamentelor utilizate;
- q) instalația de incinerare este orice instalație tehnică fixă sau mobilă și echipamentul destinat tratamentului termic al deșeurilor, cu sau fără recuperarea căldurii de ardere rezultate, așa cum este definit în Hotărârea Guvernului nr. **128/2002** privind incinerarea deșeurilor, cu modificările și completările ulterioare;
- r) prevenirea producerii deșeurilor medicale reprezintă totalitatea măsurilor luate înainte ca o substanță, un material sau un produs să devină deșeu medical și care au drept scop reducerea cantității de deșeuri medicale, inclusiv prin reutilizarea produselor folosite în activități medicale sau prin extinderea ciclului de viață al produselor respective, prin asigurarea unei separări corecte la sursă a deșeurilor periculoase de cele nepericuloase;
- s) producătorul de deșeuri medicale este orice persoană fizică sau juridică ce desfășoară activități medicale din care rezultă deșeuri medicale;
- ș) spațiul central de stocare temporară a deșeurilor medicale reprezintă un amplasament de stocare temporară a deșeurilor medicale, amenajat în incinta unității care le-a generat, destinat exclusiv stocării temporare a deșeurilor până la momentul la care acestea sunt evacuate în vederea eliminării;
- t) tratarea deșeurilor medicale înseamnă operațiunile de pregătire prealabilă valorificării sau eliminării, respectiv operațiunile de decontaminare la temperaturi scăzute, conform prevederilor legale în vigoare;
- ț) unitatea sanitară este orice unitate publică sau privată, cu paturi sau fără paturi, care desfășoară activități în domeniul sănătății umane și care produc deșeuri clasificate conform art. 8.

CAPITOLUL III: Clasificări

Art. 8

(1) În vederea unei bune gestionări a deșeurilor medicale se utilizează codurile din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **856/2002**, cu completările ulterioare.

(2) Tipurile de deșeuri, inclusiv cele periculoase prevăzute în anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. **856/2002**, cu completările ulterioare, întâlnite frecvent în activitățile medicale, sunt exemplificate în tabelul următor:

Cod deșeu, conform Hotărârii Guvernului nr. 856/2002	Categorii de deșeuri rezultate din activități medicale
18 01 01 obiecte ascuțite (cu excepția 18 01 03*)	Deșeurile înțepătoare-tăietoare: ace, ace cu fir, catetere, seringi cu ac, branule, lame de bisturiu, pipete, sticlărie de laborator ori altă sticlărie spartă sau nu etc. de unică folosință, neîntrebuințată sau cu termen de expirare depășit, care nu a intrat în contact cu material potențial infecțios în situația în care deșeurile mai sus menționate au intrat în contact cu material potențial infecțios, inclusiv recipientele care au conținut vaccinuri, sunt considerate deșeuri infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*.

Completat de art.I pct.23 din OAP 854/2022

Art. 9. - Unitatile sanitare care acorda servicii medicale in regim ambulatoriu trebuie sa asigure o planificare a procedurilor de curatenie, dezinfectie si monitorizare a eficacitatii acestora, utilizand metode calitative, iar in situatii de risc, pentru efectuarea testelor bacteriologice, se vor adresa directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti, dupa caz."

Completat de art.I pct.23 din OAP 854/2022

ANEXA Nr. 3

PROCEDURILE recomandate pentru dezinfectia mainilor, in functie de nivelul de risc

Art. 1. - Produsele biocide incadrate in tipul 1 de produs sunt utilizate pentru:

- a) dezinfectia igienica si chirurgicala a mainilor prin spalare;
- b) dezinfectia igienica si chirurgicala a mainilor prin frecare.

Art. 2. - Criteriile de utilizare si pastrare corecta a antisepticelor sunt urmatoarele:

- a) un produs se utilizeaza numai in scopul pentru care a fost avizat;
- b) se respecta indicatiile de utilizare din avizul eliberat de Comisia Nationala pentru Produse Biocide (CNPB), respectiv eticheta produsului;
- c) pe flacon se noteaza data si ora deschiderii;
- d) la fiecare utilizare, flaconul trebuie deschis si inchis corect;
- e) este obligatorie existenta dozatoarelor pentru solutii hidroalcoolice, iar acestea trebuie sa fie la indemana, in apropierea pacientului (zonei de ingrijiri);
- f) flaconul se manipuleaza cu atentie; in cazul flacoanelor cu solutie antiseptica este interzisa atingerea gurii flaconului, pentru a se evita contaminarea;
- g) este interzisa transvazarea in alt flacon;
- h) este interzisa reconditionarea flaconului;
- i) este interzisa completarea unui flacon pe jumatate golit in alt flacon;
- j) sunt interzise amestecarea, precum si utilizarea succesiva a doua produse diferite;
- k) sunt de preferat produsele conditionate in flacoane cu cantitate mica;
- l) flacoanele trebuie pastrate la adpost de lumina si departe de surse de caldura.

Art. 3. - Procedurile pentru igiena mainilor sunt:

- a) spalare simpla cu apa si sapun;
- b) dezinfectie igienica prin spalare cu sapun dezinfectant;
- c) dezinfectie igienica prin frecare cu solutie hidroalcoolica;
- d) dezinfectie chirurgicala prin spalare cu apa si sapun chirurgical;
- e) dezinfectie chirurgicala prin frecare cu solutie hidroalcoolica.

Art. 4. - (1) In vederea asigurarii igienei corecte si eficiente a mainilor personalului medico-sanitar si de ingrijire este interzisa purtarea inelelor, bratariilor, ceasurilor sau altor bijuterii.

(2) Este interzisa in unitati medicale purtarea unghiilor lungi, lacuite sau artificiale.

Art. 5. - Indicatiile procedurilor aplicate in functie de nivelul de risc sunt urmatoarele:

Nivelul de risc	Proceduri aplicate	Indicatii
Scadut	Spalare simpla cu apa si sapun	- cand mainile sunt vizibil murdare; - la inceputul si sfarsitul programului de lucru; - dupa utilizarea grupului sanitar;