

HRVATSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA ANESTEZIJE, REANIMACIJE,
INTENZIVNE SKRBI I TRANSFUZIJE



13. KONGRES

ZBORNİK SAŽETAKA

STUDENI, 2020.

¹ Sanja Ledinski Fičko, dipl.med.techn.

¹ dr.sc. Biljana Kurtović

¹ Zdravstveno veleučilište, Mlinarska 38, Zagreb

Uporaba simulatora u poučavanju vještina osnovnih mjera održavanja života

Ciljevi kolegija Temeljnih hitnih medicinskih postupaka pri Zdravstvenom veleučilištu su usmjereni razvoju potrebnih znanja i vještina za procjenu vitalnih funkcija, prepoznavanju kardiopulmonalnog aresta, temeljnim postupcima oživljavanja, razvoju sposobnosti praćenja novih dostignuća, spoznaja i znanja. Osim teorijskih predavanja, unutar kolegija se održava i praktična nastava u kabinetu vještina. Takva vrsta nastave je zasnovana na izvođenju osnovnih mjera održavanja života (BLS) na simulatoru. Simulator se sastoji od dviju jedinica: lutke za vježbu *ResusciAnne* te računalnog programa *SkillReporter*. Jedinice su bežično međusobno povezane. Pregledom literature, stručnih i znanstvenih članaka, utvrđena je visoka razina zadovoljstva studenata praktičnom nastavom o osnovnim mjerama održavanja života. U rezultatima istraživanja, studenti najčešće na pitanje bi li im stečene praktične vještine bile korisne u stvarnom ne-simuliranom okruženju, navode nedostatak samopouzdanja u izvedbi naučenog u ne-simuliranom okruženju. Također, istraživanjima je utvrđeno kako periodično ponavljanje navedenih praktičnih vježbi povećava samopouzdanje studenata u izvedbi istih. Edukacija studenata dodiplomskih studija sestrinstva o osnovnim mjerama života je neophodna. Potrebno je planirati periodično izvođenje praktičnih vještina i nakon završenog studija tijekom trajnog stručnog cjeloživotnog usavršavanja.

KLJUČNE RIJEČI: simulator, osnovne mjere održavanja života, studenti

Vesna Bratić, Mirjana Meštrović

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje , KBC Zagreb Terapija visokim protokom putem nosne kanile (high flow nasal cannula) – naša iskustva

Terapija visokim protokom neinvazivna je respiratorna potporna terapija koja pacijentima pruža ugrijani, navlaženi zrak obogaćen kisikom pomoću nosne kanile. Tipično se koristi kod pacijenata sa spontanom disanjem kojima je potreban kisik pri većim protocima. Može pružiti respiratornu potporu pacijentima s akutnim hipoksemijskim respiratornim zatajenjem i spriječiti naknadnu intubaciju kada se pravilno koristi. To uvelike poboljšava udobnost pacijenta i jednostavnost upotrebe. Korištenje grijane i vlažne nosne kanile visokog protoka (HFNC) postalo je sve popularnije u liječenju bolesnika s akutnim respiratornim zatajenjem kroz sve dobne skupine. Tradicionalna nosna kanila omogućuje protok od 2–6 L / min., pacijenti s respiratornim distresom mogu imati puno veće vršne brzine inspiratornog protoka. Ako je brzina inspiracijskog protoka pacijenta veća od one koju pruža kanila, pacijent će uvlačiti sobni zrak u pluća. To rezultira razrjeđivanjem kisika i pacijent neće primiti točnu željenu količinu kisika. Kada se za dovod kisika koristi nosna kanila visokog protoka ili HFNC, protoci su mnogo veći nego što se to može postići tradicionalnom nazalnom kanilom. To rezultira većom isporukom propisanog kisika u pluća i manjim uvlačenjem sobnog zraka. Terapija kisikom u nosnoj kanili s velikim protokom (HFNC) najnovija je tehnika koja omogućuje isporuku velikog protoka (do 70 L / min) plina zagrijanog i vlažnog kao u fiziološkim uvjetima. Ova strategija oksigenacije mogla bi biti korisna za pacijente JIL-a kako bi se izbjegla intubacija za one s akutnim hipoksemijskim respiratornim zatajenjem. Visoka brzina protoka kisika koji se kontinuirano isporučuje u dišne putove može generirati pozitivan učinak tlaka na kraju izdisaja (PEEP) i ispiranje mrtvih prostora, ispirajući ugljični dioksid (CO₂) iz gornjih dišnih putova što može pomoći u poboljšanju alveolarne ventilacije i smanjenju rada disanja.

Terapija velikim protokom je ekonomična, jer ne zahtijeva ventilator, a može se koristiti u raznim bolničkim područjima, uključujući: objedinjene bolničke hitne prijeme, jedinice intenzivnog i postintenzivnog liječenja te sobe za buđenje. Primjena kisika s visokim protokom preko nosne kanile u postoperativnom periodu kod kirurških bolesnika u svakodnevnom radu pokazala je manju incidenciju postintubacijske respiratorne insuficijencije te posljedično tome manju potrebu za ponovnom primjenom mehaničke ventilacije. Primjena ugrijane i ovlažene mješavine plinova (zraka i kisika) kisika s visokim protokom poboljšava mukocilijarnu funkciju, što doprinosi manjoj učestalosti poslijeoperacijskih komplikacija (atelektaza, pneumonija).

Ključne riječi: terapija visokim protokom, ekstubacija, komplikacije.

Mario Dugonjić, Mia Grković
KBC Rijeka, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Rijeka
mariodugonjic@gmail.com

Hiperbarična oksigenoterapija u liječenju traumatske ozljede mozga

Neispravno bi bilo govoriti o hiperbaričnoj medicini kao o novoj grani medicinske znanosti, premda unutar posljednjih 30 godina pratimo njezin uzlet potaknut brojnim kvalitetnim pred kliničkim i kliničkim evidence-base istraživanjima. Akumuliranjem znanja, na listu indikacija ušla su i stanja koja zahtijevaju intenzivno liječenje i anesteziju. Nekoliko je indikacija za hiperbaričnu oksigenoterapiju koje mogu zahtijevati njegu i intenzivno liječenje kritično oboljelog pacijenta unutar hiperbaričnog sustava, a jedan od njih je i traumatska ozljeda mozga.

Traumatske ozljede mozga imaju golemi negativni socioekonomski učinak na društvo u cjelini, pa tako SAD godišnje broji preko 4 milijuna slučajeva različitih težina od kojih je preko 50 000 sa letalnim ishodom. Procjenjuje se da više od 2% populacije SAD-a živi sa trajnim invaliditetom nastalim zbog traumatskih ozljeda mozga što opterećuje državni proračun sa 75 milijardi dolara. Gledajući patogenezu traumatske ozljede mozga moguće je razdvojiti dva osnovna uzroka nastanka ozljede moždanog tkiva na primarni mehanički uzrok i sekundarni ishemijski, uzrokovan smanjenim moždanim protokom i posljedičnom hipoksijom tkiva, pogotovo unutar početnih 24h od nastanka ozljede. Zbog izražene hipoksije moždano tkivo ubrzano prelazi iz aerobnog na izuzetno ne učinkoviti anaerobni metabolizam koji rezultira nedostatnom proizvodnjom ATP-a i apoptozom moždanih stanica. Hiperbarična oksigenoterapija djeluje upravo na sekundarnu ozljedu neurona nastalu ishemijom i to podižući količinu udahnutog O₂ (100% O₂ na > 1 ATA) i količinu O₂ otopljenog u plazmi. Važno je napomenuti kako nema prepreka za izvođenje intenzivnog liječenja i anestezije unutar hiperbaričnog sustava u koliko se poštuju svi sigurnosni aspekti koje hiperbarični sustav nosi sa sobom. Anestezija i intenzivna skrb unutar hiperbaričnog sustava su jednako kvalitetne kao i one izvan njega.

KLJUČNE RIJEČI: hiperbarična oksigenoterapija, traumatska ozljeda mozga, ishemija

Nives Copak, Ana Radaković, Maja Smiljanić
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
igor.pelaic@kbcsm.hr

Utjecaj sestrinskih intervencija na promjene intrakranijskog tlaka u pacijenata s vanjskom ventrikularnom drenažom likvora

Uvod

Kod pacijenata liječenih zbog traume mozga provodi se monitoring intrakranijskog tlaka kako ne bi, zbog njegova nekontroliranog porasta, došlo do sekundarnih oštećenja moždanog tkiva.

Cilj istraživanja

Cilj rada je iz serije slučajeva istražiti u kojoj mjeri sestrinske intervencije utječu na povišenje intrakranijskog tlaka te može li se modifikacijom sedacije i analgezije te što nježnijim izvođenjem određene intervencije preventivno djelovati na moguće oscilacije vrijednosti izmjerenih tlakova i tako izbjeći potencijalno negativne učinka na sanaciju ozljede mozga.

Ispitanici i metode

U istraživanje je uključeno šestero pacijenata koji su između prosinca 2018. i svibnja 2019. hospitalizirani u SJIL-u, KBCSM, a odgovaraju kriterijima uključenja u provedbu studije. Na njima je provedeno ukupno 135 mjerenja prije započete intervencije, neposredno nakon završetka i 30 minuta po završetku određene intervencije. U 31.85% mjerenja pacijenti su bili analgosedirani midazolamom, sufentanilom i u nekoliko slučajeva izofluranom. U 21.41% mjerenja uporabljena je kontinuirana analgezija sufentanilom, a u 1.48% samo sedacija midazolamom. U 39.26% mjerenja, nije korišten nikakav lijek prilikom provođenja intervencije. Prilikom statističke obrade, uspoređivani su analgosedirani pacijenti u jednoj skupini, s onima bez analgosedacije u drugoj (GCS manji od 5).

Rezultati

Za većinu intervencija kao što su jutarnja njega, aspiracija traheje i masaža pacijenata zabilježen je porast srednje vrijednosti ICP-a neposredno nakon intervencija, ali je t-testom za povezane uzorke utvrđeno da isti nije statistički značajan ni za jednu intervenciju osim masaže uz okretanje pacijenata na bok. Nakon 30 minuta vrijednosti tlakova kod svih intervencija, približavaju se početnoj vrijednosti i ostaju unutar odstupanja od 1 mmHg.

Zaključak

Unatoč malom uzorku, na kojem su mjerenja provedena, pokazalo se da je većina sestrinskih intervencija uzrokovala blagi porast ICP koji nije statistički značajan. Veće oscilacije uočene su u pacijenata u induciranoj komi nego onih u prirodnoj komi što bi se vjerojatno moglo izbjeći još striktnijom titracijom analgosedacije neposredno prije i tijekom sestrinskih intervencija.

KLJUČNE RIJEČI: intrakranijski tlak, sestrinska intervencija, analgosedacija, neurotrauma, koma

Vedrana Dujanić Njegovan, Emanuela Marcucci
KBC Rijeka
ebubumar@gmail.com

Zbrinjavanje ronioca u Zavodu za podvodnu i hiperbaričnu medicinu Kliničkog bolničkog centra Rijeka

Ronjenje je prema definiciji boravak čovjeka pod vodom uz osiguranje fizioloških uvjeta disanja (ronjenje s aparatom) ili bez (ronjenje sa zadržavanjem daha). Postoje mnoge podjele i namjene ronjenja. Ronjenje je predivan, ali isto tako, može biti po život opasan sport.

Dekompresijska bolest (Kesonska bolest) nastaje kod naglog smanjenja visokog atmosferskog tlaka (izron, povećanje nadmorske visine) i brzog rastlačivanja (Henrijev zakon).

Unesrećeni ronilac s dekompresijskom bolesti zbrinjava se u najbližoj barokomori do koje mora stići što je brže moguće. Da bi cijeli proces zbrinjavanja unesrećenog ronioca bio adekvatno odrađen, nužan je dobar timski rad visoko educiranog multidisciplinarnog tima, vrhunska oprema i poštivanje svih sigurnosnih protokola. Protokoli za liječenje dekompresijskih bolesti odabrani su prema kliničkom stanju ronioca uzimajući u obzir stupanj opterećenja plinom, profil ronjenja i druge čimbenike. Tijekom liječenja unutar komore, za ronioce brinu posebno educirani pratioci koji mogu biti medicinske sestre-tehničari ili liječnici.

Bez obzira na svoju dugu povijest, podvodna i hiperbarična medicina je relativno mlada kao samostalna medicinska djelatnost, stoga je od velike važnosti edukacija, dobra suradnja s ostalim granama medicine, evaluacija i znanstveno istraživački rad, a sve s ciljem unapređenja sigurnosti i kvalitete primjene hiperbarične oksigenoterapije u suvremenom liječenju.

KLJUČNE RIJEČI: ronjenje, barokomora, dekompresija, hiperbarična oksigenoterapija

Stella Gašparuš
KBC Rijeka
stella.gasparus@gmail.com

Učestalost infekcija uzrokovanih VRMO kod bolesnika u OIL-u Rijeka

Neracionalna potrošnja antimikrobnih lijekova, velik broj bolesnika i manjak osoblja, dovele su do pojave velike učestalosti infekcija uzorkovanih VRMO u bolesnika koji se liječe u odjelima intenzivnoga liječenja. Ovi bolesnici su životno ugroženi, često imaju brojne komorbiditete, a invazivni načini liječenja i invazivni monitoring u jedinici intenzivnog liječenja dodatno pogoduju razvoju infekcija. Osnovni cilj ovog istraživanja bio je prikazati učestalost infekcija VRMO kod bolesnika liječenih u OIL Rijeka, povezanost tih infekcija s duljinom boravka, vremenom provedenim na mehaničkoj ventilaciji, povezanost s brojem operativnih zahvata, te utvrditi najčešće VRMO i uzorke iz kojih su izolirani. Također su analizirani podaci s kojih se odjela takvi bolesnici najčešće zaprimaju i jesu li po prijemu već imali izolirani VRMO. Podaci su obrađeni deskriptivnom statističkom metodom, na uzorku od 30 bolesnika kod kojih je po prijemu i tijekom liječenja izoliran VRMO. Postavljene su tri hipoteze. H 1 je potvrđena, a H 2 i H 3 su odbačene s obzirom na rezultate analize. Najvažniji rezultat ovog istraživanja, pokazao je da se najveći broj infekcija VRMO razvija u respiratornim i intraoperativnim uzorcima. Infekcije VRMO kompliciraju tijekom liječenja bolesnika u jedinici intenzivnog liječenja, produžuju vrijeme oporavka, troškove liječenja i povećavaju stopu smrtnosti. Bolesnici zaraženi VRMO zahtijevaju posebne mjere izolacije, dodatno osoblje i povećane troškove liječenja.

KLJUČNE RIJEČI: VRMO, JIL, infekcija, invazivni monitoring, bolničke infekcije

Josip Brusić, Dragana Andrić
KBC Rijeka
josip.brusic2@ri.t-com.hr

Palijativna skrb na odjelu intenzivnog liječenja

Unatoč tehnološkom napretku smrt na Odjelu za intenzivno liječenje (OIL) je uobičajena i visoka. Tradicionalni ciljevi intenzivne medicine su smanjenje morbiditeta i smrtnosti povezane s kritičnim bolestima, održavanje rada organa, organskih funkcija te vraćanje zdravlja. S toga učinkovita primjena palijativne skrbi u OIL -u pretpostavlja specifično znanje i obuku svih djelatnika uključenih u proces liječenja bolesnika te suradnju na svim nivoima zdravstvene zaštite.

„Dostojanstvena smrt“, način i mjesto smrti, preživjeli pamte dugo nakon bolesnikove smrti. Osiguravanje mira tijekom posljednjih sati ili dana bolesnikovog života oživljava umjetnost medicine i zahtijeva najbolje od nas.

KLJUČNE RIJEČI: palijativni bolesnik, intenzivno liječenje, hospicij

Željka Gajski, Ksenija Kukec, Petra Lana Darabuš
OB Varaždin
zeljka.gajski@gmail.com

Zbrinjavanje bolesnika inficiranih koronavirusom u OB Varaždin

Cilj je ovog rada prikazati način zbrinjavanja pacijenata sa sumnjom na infekciju koronavirusom u izolaciji, uzimanje uzoraka za analizu, pripremu za transport, kao i skrb o pacijentima sa dokazanom infekcijom koronavirusom, s naglaskom na mjere osobne zaštite i prevenciju širenja infekcije. Naši napori bili su usmjereni i u arhitektonske preinake prostora, kao i preseljenje nekih odjela kako bismo zadovoljili osnovne uvjete za zbrinjavanje i liječenje tih pacijenata.

KLJUČNE RIJEČI: koronavirus, izolacija, mjere osobne zaštite, prevencija širenja infekcije

Diana Ujević
Zavod za pomorsku medicinu, Split
dianaujevic@gmail.com

Primjena HBO kod dijabetičkog stopala

Šećerna bolest je kroničan poremećaj metabolizma zbog apsolutnog ili relativnog manjka inzulina kojeg luči gušterača. Komplikacije ove bolesti mogu biti rane ili kasne, zbog promjena na krvnim žilama kao što su mikroangiopatije i makroangiopatije. Često kad se hiperglikemija uspješno kontrolira terapijom, patološki proces na krvnim žilama se nastavlja. Kao rezultat tog procesa mogu se razviti aterosklerotske promjene na arterijama. Zbog oštećenja periferne cirkulacije i inervacije bolesnici oboljeli od dijabetesa skloni su ozljedama koje izrazito teško cijele i imaju tendenciju kroniciteta i komplikacija. Kod dijabetičara se u 20 do 30% slučajeva razvija dijabetičko stopalo koje je česti razlog hospitalizacije i u značajnoj mjeri utječe na kvalitetu života dijabetičara. Naglasak je stavljen na ulogu sestre u preveniranju potencijalnih komplikacija tijekom liječenja u komori. Glavni pozitivni učinci hiperbarične oksigenacije od interesa za dijabetičko stopalo su povećanje parcijalnog tlaka kisika u organizmu, antiedemsko djelovanje, poticanje stvaranja kolagena time i ubrzanje cijeljenja rane, proimunitetni učinak te neoangiogeneza. Standard u liječenju dijabetičkog stopala uključuje: kvalitetne higijensko-dijetetske mjere i redovitu kontrolu razine GUK-a. Također kao kvalitetan alat za probir pacijenata preporučuje se uraditi TcPO₂. Po listi indikacija HZZO-a kao i međunarodnim preporukama HBOT se odvija na radnom tlaku od 2,2 - 2,5 bara, u trajanju od 60 do 90 minuta. Optimalan preporučeni broj seansi je 25.

KLJUČNE RIJEČI: dijabetes, dijabetičko stopalo, hiperbarična oksigenacija

Ines Tutić
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
igor.pelaic@kbcsrn.hr

Sedline - dio monitoringa u TIVA anesteziji

Totalna intravenska anestezija je anestezija vođena ciljnom koncentracijom lijeka pomoću infuzijskih (TCI) pumpi koje kontrolirano i pouzdano postižu i održavaju koncentraciju lijeka u krvi.

TCI (target controlled infusion) omogućuje korištenje infuzijskih sustava za titiranje dubine anestezije za svakog pojedinog pacijenta prema jačini kirurškog podražaja.

Uz uobičajeni monitoring pacijenta, ovakva vrsta anestezije zahtijeva i praćenje stanja budnosti pacijenta što nam omogućuje sedline koji prikazuje stanje mozga pod anestezijom s bilateralnim prikupljanjem podataka i obradom EEG signala. Sedline koristi četiri istodobna kanala frontalnih EEG valnih oblika za obradu signala i isporuku poboljšanog indeks stanja pacijenta. Senzori za nadzor mozga se vrlo lako i brzo postavljaju i bezbolni su za pacijenta.

Titracija anestetika je jednostavnija i sigurnija uz manju vjerojatnost predoziranja anestetikima i depresiji CNS-a što znači da je oporavak od anestezije brži upravo zbog kontinuiranog praćenja njezine dubine, a pacijent kraće boravi u sobi za buđenje, smanjen je i rizik od intraoperativne budnosti.

Kvalitetno vođenje anestezije rezultira zadovoljstvom cijelog tima, a osobito pacijenata.

KLJUČNE RIJEČI: Sedline

Issa Ivičević Bakulić, Antonija Migles
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
igor.pelaic@kbcsm.hr

Primjena THRIVE-a kod otorinskih operacija

THRIVE je relativno nova metoda u anesteziji te važno oruđe anesteziologa u situacijama kada je suočen s otežanim osiguravanjem dišnog puta, budnom ili anesteziranom fiberoptičkom intubacijom, budnom traheostomijom ili hitnom traheostomijom. Njegova primjena u tim slučajevima omogućuje luksuz dodatnog vremena da se promišljeno, oprezno i smireno osigura bolesnikov dišni put i poboljša ishod otežane intubacije. Thrive je nazalno visokoprotlačno oruđe kod bolesnika te pacijent dobiva ovlaženi, zagrijani kisik protokom od više od 30 l/min i spontano diše. Služi nam kao mehanizam za oksigenaciju i ventilaciju bolesnika u općoj anesteziji koji hipoventiliraju ili ne dišu.

KLJUČNE RIJEČI: dišni put, oksigenacija, THRIVE, anestezija

Katarina Tokić
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
igor.pelaic@kbcsm.hr

Preoperativna anksioznost i strah od anestezije

Anestezija je definirana kao grana medicine koja se, između ostalog, brine da pacijent ne bude svjestan svoje okoline tijekom operacije. Također, cilj anestezije je da ukloni pacijentovu bol tijekom operativnih zahvata koja može potencirati ekstremne psihološke i fiziološke egzercebacije i u konačnici dovesti do neugodnih posljedica. Svaki kirurški pacijent je preoperativno, intraoperativno i postoperativno izložen stresu, a isti uzrokuje anksioznost koja se manifestira sa simptomima tahikardije, hipertenzije, znojenja, osjećaja umora i nervoze.

Preoperativna anksioznost je jedan od najvažnijih problema za pacijente, zato što za posljedicu može uzrokovati emocionalne, psihičke i tjelesne probleme. Anksioznost ima utjecaj na sve aspekte anestezije kao što su preoperativni posjet anesteziologa, indukciju, preoperativni i postoperativni period. Istraživanja su dokazala da preoperativna anksioznost izravno utječe na povećanje količine anestezioloških lijekova potrebnih u indukciji, učestalju pojavu postoperativne mučnine i povraćanje te utječe na intezitet postoperativne boli. Navedene komplikacije izravno utječu na produljenje postoperativnog oporavka i boravka u bolnici. Ovakve posljedice zahtjevaju intervencije koje će smanjiti preoperativnu anksioznost i strah od anestezije, a one se mogu reducirati na dva načina; farmakološkim intervencijama kao što je primjena benzodiazepina (midazolam, diazepam) prije operacije te ne-farmakološke intervencije kao što su kvalitetna komunikacija i pružanje informacija o operaciji i anesteziji. Bitno je naglasiti, da edukacija o operaciji i anesteziji ne bi trebala biti jednosmjerni transfer informacija, nego bi pacijenti trebali zauzeti aktivnu ulogu u komunikaciji s medicinskim sestrama. Osim uloge medicinske sestre, u smanjenju anksioznosti i straha kod pacijenata, bitnu ulogu imaju i liječnici. Prema istraživanju autora Masjedi M. i drugih., 78.4% pacijenata je izrazilo želju da vide anesteziologa prije operacije, dok više od 45% njih izjavilo kako posjet anesteziologa nije utjecao na smanjenje anksioznosti i straha. Iz navedenog, možemo zaključiti da ovi pacijenti nisu dobili sve potrebne informacije koje bi im pomogle u smanjenju negativnih osjećaja, a kako bi se navedeni osjećaji smanjili bitno je da pacijenti uspostave odnos povjerenja s liječnikom i medicinskim sestrama kako bi prebrodili osjećaje straha i tjeskobe, osjećali sigurno i imali pouzdanja u zdravstvene djelatnike.

KLJUČNE RIJEČI: preoperativna anksioznost, anestezija, strah

Mario Bepaljko, Ivan Lončar, Mirjana Meštrović
KBC Zagreb
mmestrov@kbc-zagreb.hr

Zdravstvena njega potencijalnog donora

Granica između života i smrti danas je vrlo jasna, etički i pravno regulirana. Tijekom povijesti smrt se definirala kao prestanak disanja i nedostatak srčane akcije. Razvojem modernih tehnika i potpore kardiovaskularnog sustava, utemeljenjem intenzivnih jedinica i mnogih drugih medicinskih specijalnosti, moždana smrt postaje posebni entitet koji može nastati puno prije kardiovaskularnog zastoja.

Utvrdjivanje i dokazivanje moždane smrti neophodan je i osnovni preduvjet eksplantacijsko-transplantacijskog procesa.

Hrvatska je jedna od vodećih zemalja po doniranju organa u Europi, no kako bismo održali pozitivan trend svoje znanje, vještine i mogućnosti moramo usmjeriti prema boljoj detekciji potencijalnih donora, selekciji i evaluaciji potencijalnih darivatelja.

Osnovna je zadaća zdravstvenih djelatnika da potaknu javnost da o tome razmišlja, da educiraju javnost o smrti mozga kroz razne organizacije i medije kako bi razvili svoj stav o darivanju organa što će u konačnici dovesti do većeg broja pristanka obitelji. Temelj dobrog održavanja organa za eksplantaciju podrazumijeva održavanje dobre perfuzije i oksigenacije svih organa kroz kvalitetnu liječničku i sestrinsku skrb. Rad oko bolesnika koji je moždano mrtav uz poštivanje njegove psihičke, fizičke, socijalne komponente, funkcioniranja kao jedinice ne zanemaruje se niti u jednom trenutku skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: moždana smrt, donor, transplantacija, sestrinska skrb

Antonio Medved, Šimun Tot
KBC Zagreb
mmestrov@kbc-zagreb.hr

Što je potrebno znati o vanjskoj ventrikularnoj drenaži likvora?

Zlatni standard u mjerenju intrakranijskog tlaka (ICP) predstavlja mjerenje tlaka putem vanjskog ventrikularnog katetera (External ventricular drain- EVD). Ovisno o redu hitnosti, kateter se može postavljati u operacijskoj sali ili uz krevet bolesnika uz strogo pridržavanje aseptičnog rada (najčešće u jedinici intenzivnog liječenja). Prednosti mjerenja ICP-a putem EVD-a su višestruke, od dobivanja najpouzdanijih vrijednosti ICP-a, brzog snižavanja povišenog ICP-a drenažom likvora, neograničeni broj kalibracija, uzimanje uzorka likvora za dijagnostičke pretrage te primjenu propisane terapije intraventrikularno. Nedostaci su najčešće povezani s plasiranjem katetera (krvarenje) i duljinom primjene monitoringa (infekcije) kao i s manipuliranjem (migracija katetera, knikanje..). Stoga je zdravstvena njega bolesnika kompleksna i zahtjevna te iziskuje specifična znanja i vještine medicinskih sestara i tehničara.

KLJUČNE RIJEČI: vanjska ventrikularna drenaža likovra, ICP, zdravstvena njega

Ivana Despotović, Vesna Bratić
KBC Zagreb
kbaricev@kbc-zagreb.hr

Zdravstvena njega bolesnika nakon radikalne operacije prostate robotom

Karcinom prostate je zloćudni tumor koji nastaje u prostati, a putem krvi i limfe se može proširiti i u druge organe i tkiva. Javlja se isključivo kod muškaraca starijih od 40 god. Čimbenici rizika koji dovode do pojave karcinoma su isključivo genetska predispozicija, dob muškarca, rasna i etička pripadnost.

Dijagnosticiranje karcinoma je uglavnom slučajno, muškrci odlaze kod obiteljskog liječnika kod pojave ovih simptoma: nagla potreba za mokrenjem, poteškoće sa mokrenjem, bol tijekom mokrenja, krv u mokraći. Karcinom prostate je najčešnje spororastući tumor, a dijagnosticira se u asptomatskom stadiju na temelju povišene PSA i nakon indicirane biopsije prostate.

Najčešće opcije u liječenju lokaliziranog karcinoma prostate: radikalna prostektomija i radikalna radioterapija.

Najsuvremenija metoda liječenja u današnje vrijeme je radikalna laparoscopska operacija prostate robotom. Uvođenje robotike u zdravstvo predstavlja veliki skok u medicini jer se radi o tehnologiji koja omogućuje veću preciznost, veću brzinu i efikasnost operativnog zahvata, te brži postoperativni oporavak. Uloga sestre nakon operacije je adekvatno zbrinjavanje pacijenta koje uključuje praćenje hemodinamskog monitoringa, oksigenacije, praćenje drenažnih sustava i dijureze, te adekvatnu nadoknadu volumena.

KLJUČNE RIJEČI: operacija prostate, robotska kirurgija, sestrinstvo

Ivana Žilić, Bruno Kuzmanović, Margreta Fundak-Kovačević, Vesna Bratić
KBC Zagreb
kbaricev@kbc-zagreb.hr

Zdravstvena njega bolesnika nakon EVAR i TEVAR operativnog zahvata

EVAR(Endovascular treatment of abdominal aortic aneurysms) i TEVAR(Thoracic endovascular aortic aneurysm repair) su relativno nove metode operativnog liječenja aortalnih aneurizmi u Hrvatskoj. Na KBC Zagreb provodi se od sredine 2015.godine. Bitna razlika u odnosu na klasično operativno liječenje je u samom pristupu liječenju koji ne zahtjeva laparatomiju trbušne i torakalne stijenke već se pristupa kroz incizije u preponama, odnosno kroz femoralne arterije. Zbog samog mehanizma operativnog zahvata nije nužno da je pacijent u totalnoj, općoj anesteziji, već se isti može izvesti i u regionalnoj, pa čak i lokalnoj anesteziji. Zbog svega navedenoga oporavak od samog zahvata je uvelike smanjen u odnosu na klasičan pristup.

Oporavak nakon tri mjeseca od operacije bio je bolji nakon endovaskularnog zahvata (95%), a vrijeme potrebno za potpuni oporavak bilo je znatno kraće (32,1 dan). Tri mjeseca nakon otvorenog kirurškog zahvata, 75% pacijenata se oporavilo od operacije. Potpuni oporavak trajao je 99,3 dana,... (Arko et al, 2003)“.

U cijelom perioperativnom razdoblju medicinska sestra ima veliku ulogu. U preoperativnom razdoblju pridonosi psihičkoj i fizičkoj pripremi, u intraoperativnom razdoblju samoj uspješnosti i tečnosti operacije, a najznačajniji dio i zadaće medicinske sestre upravo su u postoperativnom razdoblju. Specifičnost zdravstvene njege nakon navedenih zahvata su, kao i nakon drugih, u holističkom pristupu bolesniku. Neke od intervencija medicinske sestre su praćenje pacijentovog općeg stanja, vitalnih znakova, pravovaljano i pravovremeno praćenje i predviđanje mogućih komplikacija, praćenje mjesta pristupa(operativnih rana), aseptičnom pristupu previjanju svih katetera i ubodnog mjesta te psihička i fizička potpora bolesniku kako bi što ranije postao samostalan u obavljanju svakodnevnih zadataka i aktivnosti.

KLJUČNE RIJEČI: EVAR, TEVAR, sestrinstvo

Nikolina Kraljić, Petra Gazec, Margita Poturić, Adriano Friganović
KBC Zagreb
margitapoturic@yahoo.com

Uloga medicinske sestre u praćenju hemodinamike nakon kardiokirurške operacije

Hemodinamsko praćenje bolesnika uključuje praćenje centralnog venskog tlaka, plućnog arterijskog tlaka te intraarterijskog tlaka. Hemodinamičko praćenje vrši se pomoću specijalnih katetera koji su plasirani u lumen krvne žile. Tlak krvi na spoju gornje šuplje vene i desne pretkljetke naziva se centralni venski tlak. Važan je hemodinamički parametar za opservaciju bolesnika s nestabilnim statusom volumena tekućine te je posredna metoda za određivanje tlaka punjenja desnog ventrikula. Tlak u plućnoj arteriji je pokazatelj prilagodbe funkcije lijevog ventrikula, važan je u dijagnosticiranju etiologije šoka, procjeni pacijentove reakcije na lijekove. Kateterizacijom plućne arterije omogućeno je istodobno i izravno mjerenje niza hemodinamskih parametara; sistolički, dijastolički i srednji plućni tlak koji održavaju funkciju desne klijetke i plućni vaskularni otpor, okluzivni tlak plućne arterije koji je pokazatelj tlaka punjenja lijeve klijetke, centralni venski tlak, minutni volumen srca, temperatura cirkulirajuće krvi te plinska analiza miješane venske krvi. Tim parametrima je omogućen potpuni uvid u stanje krvožilnog sustava. Plućni arterijski tlak mjeri se pomoću Swan – Ganz, više lumenskog katetera. Invazivno arterijsko mjerenje krvnog tlaka je nezaobilazan parametar hemodinamike nakon kardiokirurške operacije. Uvođenjem kanile u arteriju omogućuje se pretvaranje mehaničke energije pritiska arterijske krvi u električni signal koji se prikazuje na monitoru. Na taj način se osigurava kontinuirani nadzor te precizno mjerenje koje je od životne važnosti nakon operacijskog zahvata. Omogućen je uvid u promjene arterijskog tlaka koje su moguće nakon operacije kao što je krvarenje, primjena vazodilatatori, inotropi). Medicinska sestra je od velike važnosti u praćenju hemodinamike nakon kardiokirurških operacija. Nakon prijema pacijenta iz operacijske sale, prati parametre, odstupanja istih te reagiranjem sprječava razvoj poslijeoperacijskih komplikacija.

KLJUČNE RIJEČI: centralni venski tlak, plućni arterijski tlak, intraarterijski tlak, medicinska sestra

Nikol Huić, Leonard Jurinić

KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
igor.pelaic@kbcsm.hr

Burnout sindrom

Stres je svakodnevna pojava u ljudi. Profesionalni stres prisutan je gotovo svugdje, i ljudi se različito nose s istim. Svjetska zdravstvena organizacija proglasila je stres na radnom mjestu svjetskom epidemijom. Mnogi se ljudi nađu u vlastitom nezadovoljstvu zbog preopterećenosti obavezama, ili su uvjerenja da nisu dovoljno dobri, nedostaje im pozitivnih povrata informacije, ne napreduju u karijeri, narušeni su međuljudski odnosi u kolektivu, itd. To sve može dovesti do sindroma sagorijevanja.

Sindrom sagorijevanja ili burn out sindrom na poslu označava progresivni gubitak idealizma, energije i smislenosti vlastitog rada kao posljedice frustracije i stresa na radnom mjestu. Javlja se nakon emocionalnog zamaranja, a rezultira smanjenom sposobnošću u obavljanju poslovnih zadataka. Također, rezultat je kroničnog stresa. Razlika između sindroma sagorijevanja na poslu i stresa se odnosi na dimenziju vremena, gdje je stres privremeno stanje, a sindrom sagorijevanja na poslu je proces koji duže traje i ima sliku kroničnog poremećaja.

Termin „sagorijevanja na poslu“, 1974. godine uveo je psiholog Herbert Freudenberger koji to definira kao stanje preopterećenosti ili frustracije koja je izazvana prevelikom privrženosti i odanosti nekom cilju. Opisuje to kao negativno psihološko stanje vezano uz posao, a koje obuhvaća čitav niz simptoma. Stanje slično opisanom sindromu sagorijevanja u stručnoj literaturi i ranije je bilo poznato pod nazivom „reakcija na iscrpljenost“. Par godina nakon uvođenja pojma sindroma sagorijevanja i definicije istog, Christina Maslach sagorijevanje definira kao višedimenzionalni sindrom stresa koji se sastoji od mentalnog umora i negativne percepcije, te osjećaja „depersonalizacije“, te osjećaj smanjenog osobnog postignuća. Kroz literaturu se nalazi mnogo definicija ovog navedenog sindroma koje ćemo proći kroz predavanje.

KLJUČNE RIJEČI: burnout sindrom, stres, sindrom sagorjevanja

Sladana Režić, Ines Dobrić
KBC Zagreb
sladjana.rezic@gmail.com

Percepcija medicinskih sestara o posjetama na odjelima intenzivne skrbi

Pozadina: Posjete bolesnicima dio su pozitivne i učinkovite strategije koja pomaže bolesnicima i njihovim obiteljima da se bolje prilagode stresu koji nastaje prilikom prijema na odjel intenzivnog liječenja. Cilj rada je utvrditi percepciju medicinskih sestara na odjelima intenzivne skrbi o posjetama bolesnicima.

Metode: Istraživanje je provedeno na KBC-u Zagreb. Presječno istraživanje uključivalo je medicinske sestre koje rade na odjelima intenzivne skrbi. Korištena je anonimna, samodizajnirana anketa koju je ispunilo četrdeset i četiri ispitanika. Anketa se sastojala od 17 pitanja zatvorenog tipa koja su se odnosila na demografske podatke, pitanja vezana uz informacije o posjetama te pitanja o konceptu otvorenih posjeta.

Rezultati: Od ukupnog broja od 44 ispitanika, 25 ispitanika navodi da postoje brošure o načinu i vremenu posjeta koje daju obitelji, dok 19 ispitanika navodi kako kod njih ne postoje takve brošure. Dovoljnu edukaciju za komunikaciju s obitelji bolesnika navodi da ima 61% ispitanika. Da posjete imaju pozitivan učinak na stanje bolesnika odgovorilo je 41% ispitanika, a samo 2% ispitanika smatra da posjete nemaju pozitivan učinak. 57 % ispitanika smatra da posjete ponekad imaju pozitivan učinak na stanje bolesnika. Od ukupnog broja ispitanika, čak 84% njih smatra da bi vrijeme posjeta trebalo biti ograničeno. Ispitanici smatraju da posjete ponekad ometaju njihov rad (66%), a 59% ispitanika smatra da posjete doprinose širenju infekcija. Od ukupnog broja ispitanika, samo 32% ispitanika navodi kako im je poznat koncept otvorenog JIL-a.

Zaključak: Više od pola ispitanika navodi kako imaju pisanu politiku posjeta na odjelima jedinice za intenzivno liječenje te da su educirani za komunikaciju s članovima obitelji bolesnika. Većina ispitanika smatra kako posjete doprinose širenju infekcija te bi ograničili posjete djece u JIL. Slabo poznavanje ispitanika o konceptu otvorenog JIL-a stvara jednu od barijera za uvođenje istog na njihovim odjelima.

KLJUČNE RIJEČI: koncept otvorenog JIL-a, politika posjeta, ograničavanje posjeta, djeca u posjeti, infekcije povezane s posjetama

Anita Štokić, Davorka Čelić
KBC Rijeka
anestokic@gmail.com

Epiduralna analgezija u dječjoj kirurgiji

Epiduralni blok ili analgezija je anesteziološki postupak koji se koristi sa smanjenje boli. Tehnika je potpuno jednostavna i sigurna ukoliko se izvodi pod pravilima struke sa strane stručne osobe liječnika anesteziologa. Anesteziolog je dužan prije izvođenja postupka objasniti roditeljima tehniku postavljanja katetera te moguće komplikacije i nuspojave, te od njih dobiti informirani pristanak koji su oni dužni „pročitati i potpisati“. Epiduralna analgezija je sve više u upotrebi iako kao i svaka anesteziološka metoda može izazvati moguće komplikacije. Povećanjem obima korištenja postala je predmetom sve većeg broja kliničkih ispitivanja i razmatranja postojeće literature sa svrhom evidentiranja prednosti epiduralne analgezije nad općom analgezijom kao što su smanjivanje stope smrtnosti, i djelovanja na kognitivne sposobnosti bolesnika.

Bol je biokemijska, fizička i psihološka reakcija organizma na različite mehaničke, kemijske ili toplinske podražaje koji su iznad praga osjetljivosti i jedna je od glavnih indikacija za dobrom analgezijom, posebice u dječjoj dobi.

Dob djeteta, kirurški zahvat, bolest djeteta, suradljivost, te ostali podaci dobiveni anamnestičkim postupcima igrati će ulogu u odluci anesteziologa za odabir tipa anestezije.

Regionalna, epiduralna analgezija relativno je novi pristup u dječjoj anesteziji i njena primjena u kliničkoj praksi sve više pokazuje dobru analgeziju tijekom kirurškog zahvata kao i u ranom postoperacijskom razdoblju. Kod male djece i novorođenčadi zbog nemogućnosti suradnje često se primjenjuje uz kombinaciju s općom anestezijom.

KLJUČNE RIJEČI: kirurgija, epiduralni kateter, analgezija, djeca

Leon Vranić
KBC Rijeka
leonvranic19@gmail.com

Stav medicinskih sestara/tehničara o potrebi specijalizacije, djelokrug rada medicinske sestre/tehničara anesteziologa u Danskoj, Švedskoj i Hrvatskoj

Sve većim napretkom medicine osobito kirurgije javila se potreba za sve većim brojem anesteziologa, kao najbolje rješenje za taj novi izazov u visokorazvijenim skandinavskim državama uključene su medicinske sestre/tehničari. Gledano kroz povijest medicinske sestre/tehničari su oni koji su davali anesteziju bolesnicima uz konzultaciju sa kirurzima dok još nije postojala liječnička specijalizacija iz anesteziologije. Uloga medicinskih sestara/tehničara u skandinavskim zemljama je: indukcija i održavanje opće i regionalne anestezije uz određenu superviziju liječnika anesteziologa.

Cilj istraživanja: Cilj istraživanja je ispitati stavove medicinskih sestara/tehničara o potrebi specijalizacije za obavljanje poslova na Odjelu anesteziologije. Ispitati djelokrug rada medicinskih sestara na odjelu za anesteziju.

Metode: Za istraživanje se koristio anketni upitnik zatvorenog tipa, ispitanici su mogli odabrati samo jedan odgovor. Kriterij za analizu ispunjavali su samo oni anketni upitnici kod kojih je odabran jedan odgovor za svako pitanje.

Rezultati: Da je za rad na odjelu za anesteziologiju potrebna specijalizacija smatra 75% medicinskih sestara/tehničara, 14% smatra da nije potrebna te 11% medicinskih sestara/tehničara nije sigurno. Većina medicinskih sestara/tehničara 80% u istraživanju smatra da je u RH potrebno uvesti specijalizaciju iz anesteziologije za medicinske sestre/tehničare, 90% ispitanika održava opću anesteziju nakon indukcije u anesteziju, 35% ispitanika je intubiralo bolesnika.

Zaključak: Djelokrug medicinskih sestara/tehničara anesteziologa u Danskoj i Švedskoj razlikuje se od djelokruga rada medicinskih sestara na odjelu anesteziologije u RH. U RH medicinske sestre rade pod nadzorom liječnika specijaliste te nemaju autonomiju/djelomičnu autonomiju kao medicinske sestre anesteziolozi u Danskoj i Švedskoj, te rade izvan kopetencija.

Ključne riječi: anesteziologija, medicinska sestra/tehničar anesteziolog, anesteziološka njega, odjel za anesteziologiju, sestrinstvo

Matej Legčević, Luka Vidaković, Margita Poturić, Adriano Friganović
KBC Zagreb
margitapoturic@yahoo.com

Upotreba Sevoflurana putem AnaConDa sistema na Odjelu za intenzivno liječenje kardiokirurških i vaskularnih bolesnika KBC-a Zagreb

Sevofluran je lijek indiciran za uvođenje i održavanje opće anestezije u odraslih i djece pri bolničkim i ambulantnim kirurškim zahvatima. Spada u grupu inhalacijskih anestetika koje čine lako hlapljive tekućine čije pare bolesnik udiše tijekom anestezije. Djeluje tako da privremeno smanji aktivnost središnjeg živčanog sustava te na taj način uzrokuje potpuni gubitak osjeta, uključujući i gubitak svijesti. Najčešće se primjenjuju za održavanje opće anestezije jer se dubina anestezije može lagano mijenjati promjenom inspiracijske koncentracije anestetika. Za uvođenje u anesteziju sevofluran se može primijeniti s kisikom ili u smjesi s kisikom/dušikovim oksidom. U odraslih se udisanjem koncentracija sevoflurana do 5% obično postiže kirurška anestezija u manje od 2 minute. Buđenje iz anestezije izazvane sevofluranom obično je kratkotrajno pa bolesnicima treba ubrzo nakon prestanka anestezije dati lijekove protiv postoperativnih bolova. Na Odjelu za intenzivno liječenje kardiokirurških i vaskularnih bolesnika KBC-a Zagreb koristi se AnaConDa sistem za raspršivanje. AnaConDa (eng. Anaesthetic Conserving Device) je sistem za raspršivanje inhalacijskih anestetika, kao što je primjerice Sevofluran te se primjenjuje kod bolesnika na mehaničkoj ventilaciji. Uređaj AnaConDa se postavlja između endotrahealnog tubusa i Y-nastavka. Cijeli sistem se sastoji od posebne perfuzorske šprice za navlačenje lijeka, minijaturnog raspršivača i reflektirajućeg filtera koji omogućavaju isporuku anestetika na jednostavan i učinkovit način. Namijenjen je za jednokratnu uporabu i trebao bi biti zamijenjen svaka 24 sata ili prema potrebi i ranije. Također će se u radu prikazati slučaj kod bolesnika S.B. te opisati djelovanje Sevoflurana i cijelog AnaConDa sistema kod njega.

KLJUČNE RIJEČI: Sevofluran, AnaConDa, anestetik, inhalator lijek, intenzivno liječenje

Vesna Grubješić
KBC Rijeka
grubjesic.vesna@gmail.com

Kennedy ulkus

Kennedy ulkus je dobio naziv po medicinskoj sestri Karen Lou Kennedy iz SAD -a, koja se posebno bavila problemima njege kože u nepokretnih bolesnika. Ulkus se može pojaviti u procesu umiranja, a karakterizira ga nagli razvoj najčešće na sakrumu u obliku kruške, potkove ili leptira, žute do ljubičaste boje s neoštro ograničenim rubovima. Uzroci nastanka ulkusa mogu biti slaba perfuzija organa, multiorgansko zatajenje i "zatajenje kože". Iako se razvija kao dekubitus drugog stupnja razlikuje se od njega po vremenu nastanka, veličini, boji i površini rane. Kennedy ulcus zahtjeva posebnu klasifikaciju, a uzroke nastanka potrebno je dalje istraživati.

Cilj ovog rada bio je prepoznavanje bolesnika koji se liječe na Odjelu intenzivnoga liječenja (OIL), a koji su zaprimljeni s Kennedy ulkusom ili se on razvio na OIL-u. Daljnji cilj bio bi uvesti prepoznavanje i postupanje s Kennedy ulkusom u rutinski rad OIL-a.

Istraživanje je provedeno na OIL-u Klinike za anesteziologiju i intenzivno liječenje KBC Rijeka. U istraživanje su uključeni pacijenti liječeni na OIL-a u 2018. godini, koji su razvili ulkus u nekoliko sati prije smrti. U prikupljanju podataka o pacijentima korišteni su podaci iz integriranog bolničkog informatičkog sustava.

U ovome istraživanju prikazano je da se kod naših pacijenata u OIL-u razvijaju takvi ulkusi te ih je potrebno posebno evidentirati.

Potrebna su daljnja nastojanja kako bi se sustav evidencije Kennedy ulkusa uveo u rutinski rad odjela koji se u svom radu susreće s ovom vrstom rane, te na sinergiju svih sudionika bolničke skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: Kennedy ulkus, umiranje, nagli nastanak, upravljanje promjenama, uloga medicinske sestre, intenzivno liječenje

Nevenka Ivek
OB Varaždin
nevenka.ivek@gmail.com

Utjecaj profesionalnog samopouzdanja na komunikaciju u trijaži

Razvrstavanje pacijenata u trijažne kategorije i određivanje sigurnog vremena čekanja do početka pregleda, dinamičan je i vrlo složen proces, za koji medicinska sestra ima izuzetno kratko vrijeme. Da bi mogla izdvojiti glavnu tegobu, prepoznati hitna stanja i neodgodivo provesti sestrinske intervencije koje utječu na konačno zbrinjavanje pacijenta, osim velikog profesionalnog znanja, medicinska sestra mora imati i jako dobro razvijene komunikacijske vještine. Širok spektar znanja omogućuje profesionalno samopouzdanje, svijest medicinske sestre da će u svakom trenutku zbrinuti pacijenta na siguran i na znanju utemeljen način. Na profesionalno samopouzdanje, osim razine obrazovanja, utječe i iskustvo, dodatna edukacija ne samo iz trijaže, već i BLS i ALS tečajevi, dobro poznavanje hitnih stanja u medicini te sposobnost komunikacije u stresnim situacijama. Komunikacija se odvija uvijek kad je prisutno najmanje svoje ljudi, a u trijaži vrlo je često otežana stresom pacijenta radi tegoba koje ima, prisustvom pratnje te bezbrojnim vanjskim utjecajima koji medicinskoj sestri dodatno otežavaju brzu procjenu, a o kojoj ovisi sigurnost pacijenata u hitnom prijemu.

KLJUČNE RIJEČI: medicinska sestra, hitni prijem, trijaža, komunikacija, profesionalno samopouzdanje

Zoran Sabljic
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
igor.pelaic@kbcsm.hr

Organizacija palijativne skrbi u KBC-u Sestre milosrdnice, Zagreb

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, palijativna je skrb pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji kada se suočavaju s problemima povezanim s neizlječivim bolestima, putem sprječavanja i smanjenja patnje, što čini ranom identifikacijom, besprijekornom prosudbom i liječenjem boli i drugih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema.

Palijativni je pristup interdisciplinaran i uključuje bolesnika, obitelj i zajednicu. Temeljni koncept palijativne skrbi je zadovoljavanje individualnih potreba bolesnika bilo kod kuće ili u bolnici.

Palijativna skrb afirmira život a umiranje smatra prirodnim procesom; smrt se ne ubrzava niti se odgađa. Cilj je palijativne skrbi očuvanje najbolje moguće kvalitete života do smrti.

Sustav palijativne skrbi u KBC „Sestre Milosrdnice“ organizacijski povezuje 3 razine:

Sestre za planirani otpust na klinikama pravovremeno vrše probir bolesnika i utvrđuju potrebe za palijativnom skrbi, te za uključivanje ostalih dionika i pomoć u organizaciji zbrinjavanja angažiraju Bolnički palijativni tim. Sestra za planirani otpust i Bolnički palijativnu tim u stalnom su kontaktu s Povjerenstvom za implementaciju palijativne skrbi pri Uredu za kvalitetu KBC-a u cilju unaprijeđenja palijativne skrbi na razini svih službi, te osiguravanja edukacije, usavršavanja i poboljšanja infrastrukture. Palijativnu skrb bi trebalo pružati u multiprofesionalnim i interdisciplinarnim okvirima. Iako palijativni pristup u praksi može primjenjivati već i jedna sama osoba iz neke struke ili discipline, složenost specijalizirane palijativne skrbi koja mora osigurati fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu pomoć, može se postići samo kontinuiranom komunikacijom i suradnjom između različitih struka i disciplina. Zdravstvenim radnicima su dostupni razni alati za pravilnu procjenu stanja bolesnika (SPICT, ECOG i dr.), te već pripremljeni obrasci otpusnog pisma (liječničkog i sestričkog) koji omogućuju kontinuitet skrbi povezanim članovima tima (obiteljski liječnik, mobilni palijativni tim, zdravstvena njega u kući, patronaža...).

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, bolnički palijativni tim, SPICT, planirani otpust, kontrola simptoma, sestričko otpusno pismo, interdisciplinarni principi skrbi

Danijela Klarić, Tomislav Nemčić, Diana Balen, Ivan Anzulović, Štefanija Opalin, Simeon Grazio
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
danijela.klaric.zg@gmail.com

Usporedba kombinirane terapije laserom i ultrazvukom u odnosu na terapiju izvantjelesnim udarnim valom u liječenju boli kod bolesnika s kalcificirajućom tendinitopatijom u području ramena

Uvod

Sindrom bolnog ramena ubraja se među najčešće entitete iz problematike bolesti i stanja lokomotornog sustava, a često je posljedica kalcificirajuće tendinopatije.

Cilj ispitivanja

Cilj ispitivanja bio je utvrditi postoje li razlike između kombinirane terapije laserom i ultrazvukom u odnosu na terapiju izvantjelesnim udarnim valom (ESWT) (3puta i 6 puta) glede postignute razine smanjenja boli u bolesnika sa simptomatskom kalcificirajućom tendinopatijom u području ramena.

Metode i ispitanici

U ovoj retrospektivnom istraživanju uključili smo 113 bolesnika s potvrđenom kalcificirajućom tendonopatijom (ultrazvučno ili radiološki) od kojih je njih 35 tretirano terapijom laserom i ultrazvukom (10 puta), a 78 EWST (35 bolesnika 6 puta, a 43 bolesnika 3 puta). Intenzitet boli prije i neposredno nakon liječenja ocijenjen je od strane bolesnika na VAS skali boli.

Rezultati

Prije početka liječenja nije bila statistički značajne razlike u razini boli između skupina ispitanika tretiranih različitim protokolima. U grupi liječenih laserom i ultrazvukom medijan rezultata VAS skale boli pao je sa 6,00 na 5,00 dok je medijan rezultata vrijednosti na VAS skali u skupini liječenih ESWT 6 puta pao je sa 7,00 na 5,00. Također, uz nalaz da je u podgrupi koja je primila 6 tretmana ESWT medijan VAS skale boli snizio s početnih 7,00 na završnu vrijednost 5,00, u podgrupi koja je primila 3 tretmana ESWT medijan vrijednosti VAS boli pao s početne vrijednosti 7 na završnu vrijednost 3.

Rasprava /zaključak

Rezultati ispitivanja u bolesnika s kalcificirajućom tendinopatijom su pokazali da nije bilo statističke značajne razlike u ispitanika koji su primili 10 terapija ultrazvukom i laserom u odnosu na terapiju ESWT 6 puta, s tim da se mora imati na umu razlika u broju dolazaka i dužini trajanja terapije (10 puta trajanja oko 1 sat, zajedno s kinezioterapijom, za kombinaciju lasera i ultrazvuka, a 6 terapija u 6 tjedana prosječnog trajanja od 10 min za monoterapiju ESWT). Značajna razlika na VAS skali između bolesnika koji su primili 3 i 6 terapija ESWT u korist manjeg broja terapija upućuje na mogući zaključak da bi 3 terapije ESWT u kliničkoj praksi mogle biti dostatne za većinu bolesnika s kalcificirajućom tendinopatijom.

KLJUČNE RIJEČI: kalcificirajući tendinitis ramena, laser, ultrazvuk, udarni val

Domagoj Miša, Ivana Vincelj, Maja Arapović

KBC Zagreb

domagoj.misa@icloud.com

Specifičnosti zdravstvene njege pacijenta s perkutanom traheostomom

Traheotomija je naziv za kirurški postupak pri kojem se na dušniku pravi otvor (traheostoma) kroz rez na vratu. Ona može biti privremena ili trajna. Ima brojne indikacije, a kod pacijenata koji će duže vrijeme biti na mehaničkoj ventilaciji radi se kako bi se izbjegle komplikacije dugotrajne endotrahealne intubacije. Postupak može biti izvršen u JIL-u ili u operacijskoj sali ovisno o stupnju hitnosti i indikaciji za zahvat.

Prednosti perkutane traheotomije za pacijente su: smanjuje se potreba za primjenom sedativa, olakšava se oralna higijena i toaleta dišnih puteva. Unatoč prednostima, perkutanu traheotomiju pacijenti često ne doživljavaju pozitivno. Bilo da se radi o elektivnom zahvatu ili o hitnom stanju kao neophodan zahvat kojim se rješava stanje životne ugroženosti, kod pacijenata se javlja anksioznost, strah od samog zahvata te posljedično strah od kasnije prilagodbe drugačijem načinu života te socijalizaciji. Stoga je bitno uključiti bolesnika kao partnera u specifičnosti postupaka zdravstvene njege.

U ovom radu bit će prikazana zdravstvena njega bolesnika s perkutanom traheostomom uz prikaze slučaja s odjela za anesteziju i intenzivno liječenje Klinike za torakalnu kirurgiju Jordanovac KBC-a Zagreb.

KLJUČNE RIJEČI: dugotrajna mehanička ventilacija, traheostoma, zdravstvena njega

Sandro Vidmanić, mag. med. techn.
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA

Klinika za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli

REFERENTNI CENTAR MINISTARSTVA ZDRAVSTVA ZA PRIMJENU ULTRASONOGRAFIJE U ANESTEZIOLOGIJI I INTENZIVNOJ MEDICINI

vidmanic.sandro@gmail.com

COVID, sestrinstvo i mediji

Svjetska zdravstvena organizacija proglasila je 2020. godinom medicinskih sestara i medicinskih tehničara i primalja. 2020. godine obilježava se 200-ta godišnjica rođenja začetnice sestrinstva kakvo mi danas poznajemo, Florence Nightingale. Ova godina će također biti zapamćena kao i godina kada je čestica veličine 100-120 nanometara (više od 400 puta tanje od ljudske dlake) svijet doslovno bacila na koljena. Globalna pandemija uzrokovala je slom u svim područjima naših života. Danas, u trenutku dok pišem ovaj članak, potvrđeno je 47.889,201 slučaja zaraze, 34.385,569 oporavljenih i 1.221,196 smrtnih slučajeva. I DA, sve je to napravio on - SARS-CoV-2 virus, 400 puta manji od ljudske dlake. Pomno prateći vijesti na dnevnoj bazi, iskreno priznajem, činilo se jako, jako daleko jer, gdje je Kina od Lijepe naše. A onda su došle i slijedeće informacije; prvi oboljeli u Italiji, prvi oboljeli u Sloveniji i 25. veljače 2020. godine potvrđen je i prvi slučaj oboljenja u Republici Hrvatskoj kada je započela priča koja će zauvijek ostati urezana u sjećanjima svih nas. Unatoč činjenici da je njegovanje bolesnih, ranjenih, nemoćnih i siromašnih prisutno tijekom dugog vremenskog razdoblja čovječanstva, sestrinstvo je relativno mlada stručno-znanstvena disciplina. Cilj je sestrinstva liječenje bolesnih i ranjenih osoba te povećanje stupnja kvalitete života svim subjektima u općoj populaciji, sprječavanje nastanka bolesti i očuvanje stečenog stupnja zdravlja. Jednostavnije, medicinska sestra je djelatnik koji izravno pridonosi stupnju zdravlja svih pripadnika neke populacije. Danas su u sestrinstvu u uporabi metode planiranja i pružanje zaštite tijekom bolesti i oporavka, a one obuhvaćaju fizičke, mentalne i društvene vidove svakodnevnog života. Posebnost sestrinstva je razumijevanje interpersonalnih odnosa i interakcijskih procesa između korisnika zdravstvenih usluga i medicinskih sestara. Razvoj sestrinstva kao stručno-znanstvene discipline danas je u izravnoj svezi s razvojem znanosti i tehnologije, društvenim zbivanjima, odnosima u društvu, sustavom vrijednosti u društvu, mogućnostima i stupnjem kvalitete međunarodne suradnje raznorodnih sestrijskih organizacija. Zbog svega opisanog, sestrinstvo bilježi znatan stupanj razvoja. U današnjem svijetu SARS-CoV-2 pandemije, fokus javnosti i zajednice na zdravstveni sustav nikada nije bio veći. Jedan od najvećih utjecaja na sliku medicinskih sestara je prikaz njihove struke u masovnim medijima. Ono što pojedinci vide, čuju i pročitaju utječe na sliku koju oni razvijaju o sestrinstvu. Mediji su kompleksni pojam koji označava sustave javnog informiranja, koji služe za diseminaciju vijesti i audio-vizualnih sadržaja u svrhu informiranja, obrazovanja i zabave najširih slojeva stanovništva - oni zaista jesu sedma sila i njena se snaga očituje u svim segmentima društvenog djelovanja. Slika i percepcija sestrinstva kako unutar profesije tako i u društvu važna je iz nekoliko razloga. Medicinske sestre su jedna od skupina za koju su formirana mnoga stereotipna mišljenja i brojne predrasude. Percepcija javnosti mora se mijenjati u korist medicinskih sestara kroz dobru informiranost o stvarnim kompetencijama i činjenicama proizašlim iz osnovnih vrijednosti modernog sestrinstva.

Ključne riječi: medicinska sestra, sestrinstvo, Covid-19, mediji

Danijela Kumpović, Mara Martić
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
danijela.kumpovic@gmail.com

Dekubitus - indikator kvalitete zdravstvene skrbi

Uvođenje upravljanja kvalitetom je imperativ za sustav zdravstva jer omogućava sigurno liječenje pacijenta, a isto tako predstavljanja ključni segment u planiranju poslovne strategije svake bolničke ustanove. Unatoč napretku medicine dekubitus je ostao veliki zdravstveni, ali i socio – ekonomski problem. U sustavu praćenja kvalitete dekubitus se prati kao pokazatelj kvalitete zdravstvene skrbi tj. sigurnosti pacijenta. Dekubitus treba prije svega shvatiti kao interdisciplinarni problem i tako ga treba liječiti. Naravno, uloga medicinske sestre je ključna jer upravno ona u odnosu na druge zdravstvene djelatnike najviše radnog vremena provodi u prevenciji i liječenju dekubitusa. U cilju poboljšanja kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga u kliničkoj praksi, neophodno je izraditi i primjeniti protokole i smjernice za prevenciju i liječenje dekubitusa. Protokoli i smjernice trebaju biti napisani jednostvanom terminologijom, kako bi ih razumijeli svi koji su na neki način uključeni u njih.

KLJUČNE RIJEČI: decubitus, sigurnost pacijenta, indikatori

Marija Piplica, Emanuela Marcucci
KBC Rijeka
marija.filipic1@gmail.com

Učinkovitost hiperbarične oksigenoterapije u liječenju iznenadnog gubitka sluha u Kliničkom bolničkom centru Rijeka

Hiperbarična oksigenoterapija (HBOT) je metoda liječenja mnogih stanja i bolesti pri kojoj bolesnici udišu 100% kisika pri tlaku višem od 100 kPa u jednomjesnim ili višemjesnim komorama. Iznenadni gubitak sluha je stanje koje nastupa naglo ili u tijeku nekoliko sati, a praćeno je osjećajem začepljenosti i punoće jednog uha, u 70% ljudi se pojavljuje šum koji je konstantno prisutan. Ovo stanje je novija indikacija koja je odobrena od strane Hrvatskog društva za hiperbaričnu medicinu od 2012. godine.

U ovom retrospektivnom istraživačkom rada analizirani su podaci bolesnika koji su bili prijavljeni za liječenje na Zavodu za podvodnu i hiperbaričnu medicinu Kliničkog bolničkog centra Rijeka u razdoblju od 1.siječnja 2017. do 31.prosinca 2018.godine sa postavljenom dijagnozom iznenadnog gubitka sluha. Istraživanjem je obuhvaćeno 102 bolesnika od kojih je njih 79 liječeno HBOT u kombinaciji sa standardnom medicinskom terapijom. Potvrđena je početna pretpostavka o uspješnosti liječenja sa hiperbaričnom oksigenoterapijom kod iznenadnog gubitka sluha. Vrlo je važno da ljudi budu educirani da hiperbarična oksigenoterapija pomaže kod toga stanja kako bi se što prije obratili svom liječniku koji će ih uputiti na daljnje liječenje. Veoma je važno da se sa HBOT - om krene u što kraćem vremenskom periodu jer su ishodi liječenja uspješniji.

KLJUČNE RIJEČI: hiperbarična oksigenoterapija, uspješnost liječenja, iznenadni gubitak sluha, Zavod za podvodnu i hiperbaričnu medicine

Martina Kolačko, Andreja Vađunec
OB Varaždin
martina.kolacko@gmail.com

Intratekalna terapija baklofenom (ITB) - naša iskustva

Spasticitet kao nekontrolirana reakcija mišića, čest je simptom nakon oštećenja mozga i/ili kralježnične moždine; smanjuje mogućnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti - samozbrinjavanja te doprinosi lošijoj kvaliteti života. Intratekalna terapija baklofenom (ITB) predstavlja suvremeni pristup terapiji spasticiteta.

Prikazali smo indikaciju za ITB, postupak testiranja i odabir pacijenata, pripremu pacijenata za operaciju, kirurški postupak implantacije pumpe, važnosti daljnjeg praćenja pacijenata s postupkom punjenja pumpe.

Informirana i suradljiva obitelj, educirani pacijent s realno i jasno definiranim ciljevima liječenja, te timski rad svih zdravstvenih djelatnika uključenih u njegovu skrb podudarati će se s dobrim rezultatima.

KLJUČNE RIJEČI: intratekalna baklofenska terapija, pacijent, medicinska sestra

Valentina Matic
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
igor.pelaic@kbcsm.hr

PDPH i krvna zakrpa

PDPH (Post dural puncture headache) jest glavobolja koja se javlja tijekom bilo kojeg postupka u kojem igla probija vanjsku čvrstu vezivnu ovojnicu oko kralježnične moždine i nakon toga prouzroči curenje cerebrospinalne tekućine (CSF). Ova glavobolja predstavlja sve češću komplikaciju s kojom se susreću medicinska sestra/tehničar u području svog rada. Incidencija PDPH značajno varira i ovisi o veličini i vrsti korištene igle te o čimbenicima rizika. Riječ je o glavobolji koja je u osnovici uvjetovana pozicijom tijela osobe, odnosno bol je intenzivnija kod uspravnog ili sjedećeg, a blaža kod ležećeg položaja. Obično se javlja u roku od 24 do 48 sata od duralne punkcije. Medicinska sestra/tehničar mora na vrijeme detektirati simptome u vidu ukočenošći vrata, fotofobije, mučnine ili subjektivnih slušnih simptoma. Najznačajniji faktori vezani uz pojavnost ovog oblika glavobolje su oni vezani uz samog bolesnika, a to su dob, spol, indeks tjelesne mase, trudnoća i slično. Učestalost ove komplikacije jest veća kod žena u odnosu na muškarce (3:1), a najčešća je u životnoj dobi između 18 i 30 godina. Postoje dva osnovna teorijska mehanizma za objašnjenje PDPH-a. Jedan je refleksna vazodilatacija meningealnih žila zbog sniženog tlaka cerebrospinalne tekućine. Drugi je trakcija na intrakranijalne strukture osjetljive na bol u uspravnom položaju. Međunarodno društvo za glavobolju (International Headache Society) izdalo je kriterije za PDPH prema kojima se glavobolja mora razviti unutar 7 dana od uboda, pogoršava se unutar 15 minuta od zauzimanja uspravnog položaja, a ublažava u 30 minuta nakon postavljanja u ležeći položaj. Liječenje glavobolje u osnovici ovisi o jačini simptoma pa medicinska sestra/tehničar mora pravovremenom intervenirati simptomatskom terapijom u vidu mirovanja, hidracije, primjene analgetika, antiemetika, kofeina, Cosyntropina i slično. Ukoliko simptomatska terapija ne daje efikasne rezultate pristupa se invazivnom načinu uklanjanja glavobolje odnosno primjeni tzv.krvne zakrpe/AEBP (autologous epidural blood patch). Tijekom ovog postupka, anesteziološki tehničar se vodi načelima asepsa te u strogo aseptičnim uvjetima asistira tijekom zahvata. Smatra se da primjena krvne zakrpe djeluje dvama mehanizmima, a to su u početku povećanjem subarahnoidnog pritiska CSF-a, a zatim stvaranje fibrinskog ugruška pomoću autologne krvi, što onemogućava kontinuirano transduralno curenje CSF-a.

KLJUČNE RIJEČI: glavobolja, krvna zakrpa, epiduralni kateter, cerebrospinalna tekućina, punkcija

Ivana Špruk, Emanuela Žarković, Ivan Turčić
KBC Sestre milosrdnice, Zagreb
igor.pelaic@kbcsm.hr

Sepsa, teška sepsa i septički šok

Sepsa, odnosno teška sepsa i septički šok su velik globalni zdravstveni problem. Slično kao i politrauma, akutni infarkt miokarda ili cerebrovaskularni inzult, za septična stanja bitno je prepoznavanje simptoma u inicijalnoj fazi kako bi ishod bio uspješan. Kod pacijenata koji pate od kroničnih bolesti poput zloćudnih, dijabetesa, kronične opstruktivne bolesti pluća ili bubrežnih ili jetrenih insuficijencija, hospitalizacija zbog septikemije ili sepse kod takvih je oko 75 % dulja nego kod onih koji su hospitalizirani zbog drugih stanja. Dakle, starenje populacije, sve češća upotreba invazivnih postupaka, transplantacija, porast rezistencije mikroorganizama na antibiotike, te klimatske promjene koje podržavaju širenje patogenih mikroorganizama, sve su to faktori rizika i dobra podloga za nastanak sepse. Modernija definicija sepse prvi put se oblikuje 1914., objašnjena kao teška sistematska reakcija na prodiranje bakterija iz primarnog izvora infekcije u krvotok. Razlikuju se četiri stupnja septičnog stanja: SIRS, sepsa, teška sepsa i septički šok. Po novim smjernicama iz 2016., odnosno 2018. godine, definicija sepse je sljedeća; to je životno ugrožavajuća organska disfunkcija uzrokovana poremećenim odgovorom domaćina na infekciju. Uz to, septički šok je stanje sepse sa cirkulatornom i staničnom, odnosno metaboličkom disfunkcijom, sa velikim rizikom za smrtnost. Podjelu sepse vršimo i na domicilne (izvanbolničke) i bolničke s obzirom na mjesto aktiviranja, te primarne i sekundarne s obzirom na ulazno mjesto. Najčešća ishodišta teške sepse su respiratorne infekcije, abdominalne te infekcije urinarnog trakta. Za nastanak sepse moraju biti zadovoljeni preduvjeti; virulentnosti uzročnika i oslabljene otpornosti domaćina. Patogeneza sepse i njen početak usmjeren je na upalnu reakciju izazvanu mnogim čimbenicima od strane mikroorganizama. Kasnije to rezultira kliničkom slikom gdje se uočavaju tresavica, febrilitet ili pothlađenost, tahipneja i tahikardija. Uz to u dijagnozi sepse služe upalni parametri, hemodinamski, parametri organske disfunkcije te oni o tkivnoj perfuziji. Kod teške sepse koriste se SOFA i MODS bodovanje, koje upućuje u prisutnu disfunkciju organa. Mikrobiologija i kulture su glavni za identifikaciju uzročnika sepse i utvrđivanje osjetljivosti na antimikrobne lijekove. Kod liječenja sepse jako je bitno rano djelovanje. Važno je empirijsko odnosno primjereno antimikrobno liječenje, kirurško liječenje ukoliko je potrebno, održavanje hemodinamske stabilnosti uz primjenu iv. tekućine i simpatomimetika, liječenje organske disfunkcije. Sve su to bitni faktori koji pridonose uspješnom ishodu liječenja ovog stanja.

KLJUČNE RIJEČI: sepsa, septički šok, JIL

Marta Dananić, Anita Farago, Ivana Štrucelj
KBC Zagreb
marta.dananic@gmail.com

Postoperativni mentalni distres u jedinici intenzivnog liječenja/prikaz slučaja

Pojava mentalnog distresa u postoperativnom razdoblju česta je komplikacija sa značajnim posljedicama za pacijenta, njegovu obitelj, osoblje kao i zdravstveni sustav, tj. sredstva financiranja. Češći je kod starijih pacijenata nakon velikih operacija. Prate ga duboke socioekonomske implikacije: kognitivni gubitak udružen sa gubitkom samostalnosti, smanjena kvaliteta života, pa i smrt.

Delirij te postoperativna kognitivna disfunkcija dva su najčešća oblika mentalnog distresa koji prate velike operativne zahvate. Ovaj rad bazira se na opisu slučaja delirija kod pacijenta sa značajnim komorbiditetom nakon radikalne operacije jednjaka kao najkompleksnije operacije s najdužim oporavkom koja se izvodi na Klinici za torakalnu kirurgiju KBC –a Zagreb.

Delirij je najčešći oblik mentalnog distresa u Jedinici intenzivnog liječenja s incidencijom 25% kod pacijenata koji nisu ovisni o mehaničkoj ventilaciji do čak 80% pacijenata kod kojih je neophodna respiratorna potpora. Najčešće se javlja do 5 dana nakon operativnog zahvata, a rezultat je akumulacije predisponirajućih i precipitirajućih faktora, od kojih su najvažniji: dob (>65 g), problemi sa spavanjem, socijalna izolacija, uzimanje više lijekova, konzumacija psihoaktivnih droga, komorbiditet, poremećaj termoregulacije te dehidracija. Faktori prisutni u Jedinici intenzivnog liječenja su: prisutnost katetera i drenova, mehanička ventilacija, sedacija pacijenta kao i neprimjereni prostorni uvjeti.

Nu – DESC skala kao alat za procjenu delirija od strane medicinskih sestara uključuje: dezorijentiranost, neprimjereni ponašanje, neprikladnu komunikaciju, iluzije i/ili halucinacije te psihomotornu retardaciju.

Osim pokušaja smirivanja pacijenta te praćenja vitalnih parametara, u liječenju delirija koriste se mjere farmakološkog i fizičkog sputavanja.

KLJUČNE RIJEČI: mentalni distres, operativni zahvat, liječenje

Bojana Milinković, Mira Čutković

Resuscitacioni Savjet Republike Srpske
Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banja Luka (BiH)
bojanamilinkovic@yahoo.com

Prikaz slučaja - Ventrikularna tahikardija i ventrikularna fibrilacija (POSTER)

UVOD- Ventrikularna tahikardija predstavlja poremećaj srčanog ritma-aritmija koja nastaje u ventrikulama. Karakterisana je brzinom srčanih kontrakcija od preko 100 otkucaja u minuti sa najmanje prisutne tri iregularne kontrakcije za redom.

Ventrikularna fibrilacija (treperenje komora)- je haotična aktivacija miokarda komora, nastala usljed rada ektopičnih fokusa u komorama, sa posljedičnim kružnim kretnjem impulsa u Purkinijevim vlaknima. To je poremećaj srčanog ritma, prilikom kojeg su otkucaji srca brzi i nepravilni, što uzrokuje beskorisno treperenje srčanih komora, umjesto pumpanja krvi.

CILJ- Edukacija medicinskih sestara, pacijenta i njihove porodice radi ranog prepoznavanja simptoma i adekvatnog liječenja antiaritmikima, defibrilacijom ili eventualnom ugradnjom ICD-a Za sprječavanje ventrikularne fibrilacije su ključni redovni pregledi kod osoba koje pate od neke srčane bolesti ili koje su već pretrpjele infarkt miokarda.

METODOLOGIJA- Prikaz slučaja pacijenta doveženog u Urgentni centar kolima SHMP sa jakim bolom u grudnom košu i registrovane ventrikularne tahikardije na monitoru.

DISKUSIJA- Pacijent inicijalno primljen u reanimacioni blok . Navodi da je pola sata prije aktuelnog pregleda osjetio jak bol u grudima, preznojio se , osjetio slabost. Nije gubio svijest. Tokom pregleda verifikuje se VT sustained. Nakon prvog ataka, postigne se medikamentozna konverzija u sinusni ritam. U drugom ataku uradi se sinhrona elektrokonverzija u kratkotrajnoj anesteziji uz kontinuiranu medikamentoznu antiaritmijску potporu. Ubrzo nakon istog kao I nakon transporta u salu za kateterizaciju srcu, detektuje se VF . Pacijent se uspješno defibrilira i premjesta u salu za kateterizaciju , svjestan , hemodinamski i ritmički stabilan.

ZAKLJUČAK Neliječena ventrikularna tahikardija često će dovesti do ventrikularne fibrilacije, ona i do smrtnog ishoda. Stoga je jako bitno da je medicinsko osoblje edukovano u smislu prepoznavanja VT i VF na EKG-u, te stručno rukovanje defibrilatorom, kao i poznavanje antiaritmika.

KLJUČNE RIJEČI: ventrikularna tahikardija, fibrilacija, defibrilacija, medicinska sestra, edukacija

Nikola Mlinarević
Resuscitacioni Savjet Republike Srpske
Univerziteti klinički centar Republike Srpske, Banja Luka (BiH)
nik_1410@hotmail.com

Ujed zmije otrovnice - prikaz slučaja (POSTER)

Uvod - Na našem geografskom području živi tri vrste zmija otrovnica. Poskok i šarka čiji ujed predstavlja urgentno stanje, treća vrsta je šargan čij ugriz nije smrtonosan po čovjeka i porede ga sa ujedom pčela.

Cilj - Značaj poznavanja zmija otrovnica u RS, te prepoznavanje znakova ujeda, pravilan odnos sa pacijentom, pratnjom i porodicom.

Metodologija - Prikaz slučaja pacijenta koji se javio u Urgentni centar sa ujedom zmije (šargan) uz ilisutraciju.

Diskusija - Pacijent se javio sa edemom i crvenilom u području desne šake koji je dijelom zahvatio i desnu podlakticu. Prilikom uzimanja sestrinske anamneze, pacijent je svjestan te navodi lične podatke navodi i da je u toku fizičkog rada u šumi, prilikom podizanja kamena osjetio ubod i jak bol u predjelu desne šake. U toku opserviranja pacijenta i isčekivanja laboratorijskih nalaza, edem i crvenilo se širi zahvatajući područje od vrhova prstiju šake do ramena pacijenta, te dolazi do djelomičnog trnjenja donje vilice i do ptoze tj. spuštanja očnih kapaka, pri tome pacijent je i dalje svjestan i stabilnih svih vitalnih parametara.

Zaključak - Sestrinske aktivnosti kod ovakvih slučajeva slučajeva su višetruke:

- Aktivnosti prema pacijentu - psihološki, terapijsi, medicinsko - tehnički
- Ativnosti prema pratnji ili porodici - rad sa porodicom, psihološki
- Aktivnosti u multidisciplinarnom pristupu pacijentu

KLJUČNE RIJEČI: ujed zmije otrovnice, sestrinska anamneza, pacijent, pratnja

Sladana Rauković
Resuscitacioni Savjet Republike Srpske
Univerziteti klinički centar Republike Srpske, Banja Luka (BiH)
sladjana.raukovic@kc-bl.com

Uloga medicinske sestre pri intubaciji (POSTER)

UVOD

Obezbeđenje disajnog puta i ventilacije pluća je najčešće prvi korak u primarnom zbrinjavanju vitalno ugroženih bolesnika, bez obzira na etiologiju i vrstu poremećaja koji je doveo do životne ugroženosti. Najsigurniji način obezbeđenja disajnog puta je intubacija traheje.

CILJ

Prikazati značaj medicinske sestre u sali za reanimaciju.

METODOLOGIJA

Deskriptivna metoda sa ilustracijom.

DISKUSIJA

INDIKACIJE ZA INTUBACIJU:

- srčani zastoj (provođenje kardiopulmonalne reanimacije)
- potreba za zaštitom i osiguranjem dišnog puta
- nemogućnost odgovarajuće oksigenacije i ventilacije pacijenta
- toaleta dišnog puta
- primjena lijekova intrapulmonalno
- hipoksemija bilo kojeg uzroka
- hiperkarbija bilo kojeg uzroka
- ozljede glave s GCS 9 i manje od 9
- anestezija, operativni zahvati

KOMPLIKACIJE ENDOTRAHEALNE INTUBACIJE:

- laringospazam
- hipoksemija/hiperkarbija
- bradikardija/tahikardija
- povišenje intrakranijalnog tlaka
- dislokacija donje čeljusti
- prijelomi ili oštećenja zubi i protetskih nadomjestaka
- perforacija dušnika ili jednjaka
- iščašenje vratne kralježnice
- ozljede usana, jezika, ždrijela
- aspiracija želučanog sadržaja ili stranog tijela
- intubacija jednog bronha
- začepljenost ili suženje tubusa zbog savijanja
- začepljenost tubusa sadržajem
- ozljede nastale nepravilnim postavljanjem vodilice

ZAKLJUČAK

Oprema prije upotrebe mora biti provjerena i ispravna. Osoblje koje izvodi intubaciju mora odlično poznavati opremu i postupak, te biti uvježbani za izvođenje endotrahealne intubacije kao i za postupke postavljanja alternativnih pomagala.

KLJUČNE RIJEČI: intubacija, edukacija, medicinska sestra, poznavanje opreme

Biljana Ćurguz
Resuscitacioni Savjet Republike Srpske
Univerziteti klinički centar Republike Srpske, Banja Luka (BiH)
biljanacurguz3@gmail.com

Prva pomoć i promjene u radu srca u hipotermiji (POSTER)

UVOD

Hipotermijom se naziva smanjenje tjelesne temperature ispod 35 stepeni Celzijusa, uzrokovano dugim izlaganjem niskim temperaturama, pri čemu je gubitak tjelesne temperature veći od njene proizvodnje u tijelu. Težina hipotermija zavisi od fizičke otpornosti osobe, mjesta na kome se nalazi, mogućnosti da joj druge osobe pomognu i mogućnosti transporta.

CILJ

Prikazati značaj EKGa u hipotermiji.

METODA

Deskriptivna.

DISKUSIJA

Vrlo je važno da se u slučaju hipotermije djeluje odmah, u suprotnom može doći do oštećenja životno važnih funkcija i organa: srca, pluća, senzornih funkcija i metabolizma. Na temperaturi od 27-29 stepeni nastaje ukočenost mišića, polusvjesno stanje, usporavanje srca i disanja, nemogućnost prepoznavanja drugih osoba, moguća fibrilacija srca; od 25,5-27 stepeni nastaje gubitak svijesti, nepravilan ritam rada srca, puls se ne može osjetiti; od 24-25,5 stepeni tečnost prodire iz krvnih sudova u plućne mrehurove i nastaje plućni edem, prestanak rada srca i disanja, velika opasnost od smrti. U hipotermiji se javlja i patološki ekg koji pokazuje J(Osbornove) talase.

ZAKLJUČAK

EKG je nezaobilazno, često i ključno, dijagnostičko sredstvo kod hipotermije. Osbornov J-talas je najspecifičniji EKG znak i prisutan je u 80% pacijenata sa ozbiljnom hipotermijom. Izgled i lokalizacija Osbornovih talasa može indirektno ukazati na stepen ozbiljnosti hipotermije i time usmjeriti terapijsku strategiju. Parametri EKG-a, kao širina QRS kompleksa i dužina QT intervala mogu ukazati na stepen rizika od razvoja malignih ventrikularnih aritmija i prijetećeg kardijak aresta. Psihijatrijska terapija pogoršava hipotermiju i povećava rizik od razvoja malignih aritmija.

KLJUČNE RIJEČI: hipotermija, ekg, rad srca, aritmija, medicinska sestra

Nina Radojković Lunić
Resuscitacioni Savjet Republike Srpske
Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banja Luka (BiH)
ninalunic@gmail.com

Alkoholna ketoacidoza - uloga medicinske sestre (POSTER)

Riječ je o metaboličkoj komplikaciji alkoholizma i gladovanja, obilježenoj ketonemijom i metaboličkom acidozom bez značajne hiperglikemije. Javljaju se mučnina, povraćanje i bolovi u trbuhu. Dijagnoza se postavlja iz anamneze i nalaza ketoacidoze bez hiperglikemije. Liječi se infundiranjem otopina NaCl i glukoze.

Deskriptivna metoda.

Prikazati ulogu medicinske sestre u tretiranju alkoholne ketoacidoze.

Simptomi koji se pojavljuju zavise od toga koliko alkohola se konzumira i koliko se keton povećava u krvotoku:

- Gubitak apetita
- Pokret postaje spor
- Mučnina
- Povraćanje
- Bol u želucu
- Tijelo se osjeća umorno
- Vrtoglavica
- Često se žedni
- Izgleda nemirno i tjeskobno
- Pogled je zbunjen
- Dah postaje brz, dubok i nepravilan (Kussmaulovo disanje)
- Smanjena svijest koja može dovesti do kome

U ambulantnim I hospitalnim uslovima medicinska sestra je prva linija na kojoj se pacijent sreće sa zdravstvenom uslugom. Simptomi alkoholne ketoacidoze nekada su veoma slični pankreatitisu ,pa pacijent biva upućen abdominalnom hirurgu.Medicinska sestra na trijaži treba biti dovoljno spretna da obavi brzu inspekciju pacijenta I uzme sestrinsku anamnezu iz koje će u navedenom slučaju dobiti podatak od pratnje o rizičnom ponašanju pacijenta ,ili da na osnovu vitalnih znakova I dostupne brze dijagnostike alarmira doktora.

Alkoholna ketoacidoza je oblik metaboličke acidoze zbog konzumacije alkohola. Visok nivo ketona u tijelu može ugroziti zdravlje.Ovo stanje je češće kod nekoga tko je pothranjen i svakodnevno troši velike količine alkohola.Medicinsko osoblje a posebno medicinske sestre (zbog prvog kontakta),moraju biti dobro obučeni za djelovanje u urgentnim stanjima kako bi pravovremeno pružili pomoć životno ugroženom pacijentu.

KLJUČNE RIJEČI: alkoholna ketoacidoza, medicinska sestra, anamneza, endokrinologija

Mladen Stojić
Resuscitacioni Savjet Republike Srpske
Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banja Luka (BiH)
stolester@gmail.com

Uspješnost primarnih perkutanih koronarnih intervencija van radnog vremena u odnosu na primarne perkutane intervencije u toku radnog vremena (POSTER)

UVOD

Akutni infarkt miokarda van radnog vremena predstavlja intervencijski izazov zbog samog vremena izvođenja kao i zbog limitiranih ljudskih resursa.

CILJ

Cilj istraživanja je utvrditi uspješnost izvođenja primarne perkutane koronarne intervencije van radnog vremena I u toku radnog vremena.

REZULTATI

U periodu od tri godine u sali za koronarografije UKC – RS uradjeno je 1400 primarnih PCI. Od tog broja 23% intervencija ili 322 su urađene van radnog vremena (noću, vikendom ili praznikom). Periproceduralna smrtnost u sali je bila 2.7% kod procedura van radnog vremena, dok je kod procedura u toku radnog vremena iznosila 2.4% ($p>0.05$).

ZAKLJUČAK

Komplikacije primarnih perkutanih intervencija van radnog vremena su iste kao i kod istih procedura izvedenih u toku radnog vremena.

KLJUČNE RIJEČI: akutni infarkt, perkutane koronarne intervencije, koronarografija, medicinska sestra

Dana Dašić
Resuscitacioni Savjet Republike Srpske
Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banja Luka (BiH)
dasicd91@gmail.com

Edem pluća (POSTER)

Edem pluća je hitno stanje u kardiologiji i pulmologiji i zahtijeva adekvatnu i neodložnu intervenciju. Edem pluća se može podijeliti na kardiogeni plućni edem i nekardiogeni plućni edem. Najčešći uzroci kardiogenog edema su: srčana slabost, teški poremećaji srčanog ritma, tamponada srca, hipertenzija. Najčešći uzroci nekardiogenog edema su: direktna povreda pluća (aspiracija, inhalacija dima, pneumonija, plućna embolija, kiseonična toksičnost, trauma grudnog koša), hematogena povreda pluća (sepsa, pnkreatitis, multiple transfuzije, kardiopulmonalni bajpas, intravenozne droge), visinski plućni edem.

CILJ

Prikazati ulogu medicinske sestre u hitnom zbrinjavanju pacijenta sa plućnim edemom.

METODOLOGIJA

Deskriptivna metoda.

DISKUSIJA

Pacijent sa edemom pluća odaje utisak teškog bolesnika, zauzima visoki sjedeći položaj, tahipnoičan je, dispnoičan, orošen hladnim znojem, ponekad cijanotičan. Izgleda kao da će svakog trenutka da se uguši, kašlje, iskašljava pjenušav ispljuvak u kome se mogu naći tragovi krvi. Jako je uplašen, uzbuđen, anksiozan, strah od smrti gušenjem, kasnije nesvestica i na kraju gubitak svesti. Pacijent ima nabrekle vene na vratu, bol u grudima, slabo mokrenje.

ZAKLJUČAK

Pacijent mora biti u visokom sjedećem položaju, odmah uključiti terapiju kiseonikom uz obaveznu oksimetriju i monitoring, praćenje gasnih analiza. Takođe je neophodno plasirati urinarni kateter. Obavezno je uraditi EKG, ako situacija dozvoljava potreban je RTG srca i pluća. Od lijekova se daju diuretici i najčešće morfijum hlorid. Pravovremena reakcija i započeto liječenje mogu brzo sanirati edem pluća, te je veoma bitno da u timu pored doktora učestvuje i dobro obučena medicinska sestra koja će pri trijaži prepoznati hitnog pacijenta i započeti medicinske postupke u što kraćem roku.

KLJUČNE RIJEČI: edem pluća, medicinska sestra, edukacija, ekg

Dinko Banović
Resuscitacioni Savjet Republike Srpske
Služba hitne pomoći, Dom zdravlja Banja Luka, Banja Luka (BiH)
83.dinko@gmail.com

Povrede nastale kao posljedica djelovanja pirotehničkih sredstava (POSTER)

UVOD

Najviše slučajeva povređivanja petardama zabilježeno je tokom novogodišnjih praznika, a riječ je o većim oštećenjima šake i posljedičnim amputacijama prstiju, te povredama oka.

CILJ

Prikazati učestalost povreda nastalih usljed djelovanja pirotehničkih sredstava.

METODA

Deskriptivna metoda i prikaz slučaja iz prakse.

DISKUSIJA

Najčešće su traumatske povrede šake, amputacije dijelova ekstremiteta, opekotine dijelova tijela izloženih traumi od pirotehničkog sredstva te povrede oka zavisno od povrede i stepena oštećenja, u najvećoj mjeri su bili neophodni operativni zahvati. Najčešće se radi o povredama prednjeg segmenta oka - povredama kapaka, konjunktive, rožnjače i beonjače oka. U slučajevima kada je kinetička energija stranog tijela koje se usmjeri prema oku dovoljno velika, može doći i do probijanja oka.

ZAKLJUČAK

Klasifikacija opekotine prema površini se vrši „pravilom devetke“, a prema dubini određujemo stepen opekotina(1-4). Medicinske tehničari u zbrinjavanju povreda pirotehničkim sredstvima moraju biti brzi spretni, obučeni za procjenu i prvi hitni tretman, procjenu disajnih puteva, te adekvatan transport na hirurgiju. Tretman u SHMP obuhvata: uklanjanje dijelova odjeće (osim slijepljenih), uklanjanje prstena, narukvice i sata, mlaz hladne vode 15-20 min kod opekotina 1./2. stepena, zaustavljanje krvarenja, disajni i venski put, lokalna obrada rane, transport.

KLJUČNE RIJEČI: pirotehnička sredstva, povreda, pacijent, medicinski tehničar, zbrinjavanje

Bojan Božić, Rinaldo Antolović, Grdić A., Lekić L., Dolinar S., Benc H., Radovčić J., Salečić M., Gulan-Harcet J., Ljubičić J., Vuk T.
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb
bozic_bojan@yahoo.com

Kontrola kvalitete krvnih pripravaka u HZTM (1999. - 2019.) (POSTER)

UVOD:

Zbog biološke varijabilnosti krvi davatelja, svaka doza krvnog pripravka (KP) je jedinstvena i u svakoj nije moguće kontrolirati količinu aktivne supstancije, stabilnost, i sl. Za razliku od biljega krvlju prenosivih bolesti i obaveznog imunohematološkog ispitivanja koji se provode na svim donacijama, cijeli niz parametara ispituje se na statistički prihvatljivom uzorku, u svrhu procjene usklađenosti sa zahtjevima kvalitete i sigurnosti.

CILJ:

Prikazati organizaciju provedbe kontrole kvalitete KP u HZTM kao i zbirne rezultate u razdoblju od 21 godine (1999-2019).

METODE:

Kontrola kvalitete KP definirana je zakonskim propisima i preporukama Vijeća Europe, a uključuje cijeli niz metoda ispitivanja kao što su određivanje volumena, hematoloških parametara, ostalih stanica (filtrirani KP i plazma), ukupnih proteina u koncentratima opranih eritrocita i opranih trombocita, hemolize u koncentratima eritrocita na isteku roka valjanosti, pH u koncentratima trombocita, faktora zgrušavanja u svježe smrznutoj plazmi (F VIII) i krioprecipitatu (F VIII, Fibrinogen, vWF) te mikrobiološko ispitivanje KP. Aktivnosti kontrole kvalitete KP provode se kontinuirano, sukladno radnim uputama i specifikacijama KP. Minimalni broj KP u kojima se kontroliraju propisani parametri definira se primjenom metoda statističke procesne kontrole.

REZULTATI:

U prikazu rezultata kontrole kvalitete KP koriste se metode deskriptivne statistike, distribucijski grafovi i kontrolne karte. Rezultati moraju biti trajno analizirani, uz praćenje trendova. Kada odstupaju od propisanih zahtjeva moraju se utvrditi uzroci i pokrenuti korektivne mjere. Za većinu parametara najmanje 90% rezultata mora biti sukladno zahtjevima. U analiziranom razdoblju (1999–2019), ukupni udio sukladnih rezultata kretao se od 91,4% do 98,5%, uz trend stalnog unapređenja (92,7% u razdoblju 1999-2004, 95,6% u razdoblju 2005-2010, 96,4% u razdoblju 2011-2016 i 98,2% u razdoblju 2017-2019).

ZAKLJUČAK:

Rezultati kontrole kvalitete KP upućuju na njihovu trajno visoku kvalitetu, ali i stalno unapređenje tijekom analiziranog razdoblja. To je posljedica osiguranja kvalitete i implementacije novih tehnologija u svim segmentima aktivnosti, od uzimanja krvi do izdavanja KP.

KLJUČNE RIJEČI: kontrola kvalitete, krvni pripravci, indikatori kvalitete

Dajana Đurić, Mihaela Pavić, Matea Marinović
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb
dajjana77@gmail.com

Eksangvinotransfuzija (POSTER)

Transfuzijsko liječenje hemolitičke bolesti novorođenčeta (HBN) u pojedinim situacijama uključuje i izmjenu krvi djeteta, tzv. eksangvinotransfuziju. Cilj liječenja je korigirati anemiju, smanjiti hiperbilirubinemiju i odstraniti majčina protutijela iz cirkulacije novorođenčeta. Za to je potrebno prirediti posebni krvni pripravak, Koncentrat eritrocita u plazmi (KEuPL), koji se dobiva miješanjem eritrocita priređenim iz doze krvi jednog davatelja s otopljenom svježe zamrznutom plazmom priređenom iz doze krvi drugog davatelja. Najčešće se primjenjuje univerzalna kombinacija O eritrocita i AB plazme (Rh D grupa djeteta ili RhD negativni kod RhD HBN), iako, ovisno o indikaciji, može se uzeti i plazma krvne grupe djeteta. Dodatni zahtjev je leukofiltracija eritrocita te zračenje.

Koncentratu eritrocita se nakon centrifugiranja odvaja supernatant u kojemu se nalazi hranjiva otopina (SAGM) i većina plazme. Na preostale eritrocite dodaje se točno određeni volumen otopljene plazme prema tablici za proizvodnju pripravka za eksangvinotransfuziju kako bi gotov pripravak imao hematokrit (Hct) od 0,4 do 0,5 (specificirani zahtjev kontrole kvalitete za Hct). Proizvedene pripravke kontrolira Odjel za kontrolu kvalitete. U Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu u 2017. godini ukupno je kontrolirano 9 pripravaka za eksangvinotransfuziju i 7 je odgovaralo specificiranim zahtjevima kontrole kvalitete. U 2018. godini kontrolirano je 19 pripravaka i 17 pripravaka je zadovoljilo zahtjev specifikacije. U 2019. godini kontrolirano je 16 pripravaka, a zahtjev je zadovoljilo 15. Svi pripravci koji nisu udovoljili specificiranim zahtjevima kontrole kvalitete imali su blago odstupanje u ciljnom hematokritu (Hct↑ 0,51). Razlog je manualni postupak proizvodnje KEuPL pri kojem se može dogoditi da se doda za 2-3 ml plazme manje od potrebnog što rezultira porastom Hct za 0,01. Blago odstupanje Hct nije razlog da se pripravak ne primijeni te su svi proizvedeni pripravci primijenjeni za transfuzijsko liječenje.

KLJUČNE RIJEČI: koncentrat eritrocita, svježe smrznuta plazma, HBN, eksangvinotransfuzija, hematokrit

Valentina Karakašić, Josip Valentić, Lada Jadrešić, Mario Iveljić, Ivor Ćuruvija, Ivana Babić,
Jasna Bingulac-Popović
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb
tina862010@gmail.com

Korištenje run kontrola u NAT probiru DDK Procleix Ultrio Elite testom na uređaju Panther (POSTER)

Uvod: NAT testiranje (engl. nucleic acid testing) darivatelja krvi (DDK) je multipleks testiranje krvi na nukleinske kiseline virusa: HBV-a, HCV-a i HIV-a. Probir darivatelja krvi na uzročnike krvlju prenosivih bolesti zahtijeva svakodnevnu procesnu kontrolu kvalitete testiranja.

Cilj: Procjena kvalitete i svrsishodnosti vanjskih NAT pozitivnih run kontrola u rutinskom NAT probiru DDK.

Materijali i metode: Komercijalne run kontrole su toplinom inaktivirane humane plazme pozitivne na HCV RNA, HBV DNA ili HIV-1 RNA. Testiraju se prije početka rutinskog testiranja DDK, svakodnevno, jedanput, uz kalibraciju Procleix Ultrio Elite testom na uređaju Procleix Panther (Grifols, Španjolska). Valjanim rezultatom run kontrola smatra se reaktivan rezultat, a očekivana odstupanja rezultata izraženih kao s/co (engl. signal to cut off) su unutar ± 3 SD. Nereaktivan rezultat testiranja run kontrola zahtijeva ponavljanje testiranja run kontrole. Uzastopni nereaktivni rezultati testiranja ili odstupanja veća od ± 3 SD upućuju na smanjenu kvalitetu testiranja zbog problema s uređajem, testnim reagensima ili run kontrolama.

Rezultati: Vanjske run kontrole probira DDK na uređaju Panther pokazuju stabilan raspon odstupanja rezultata unutar ± 3 SD. Uzastopni nereaktivni rezultata testiranja i odstupanja veća od ± 3 SD dovela su do obustave rutinskog testiranja na jednom od uređaja, iako su rezultati kalibratora bili uredni. Nakon višemjesečnog popravka, uređaj je ponovno imao očekivane vrijednosti run kontrola i vraćen je u rutinsko testiranje. Jedna serija HCV RNA run kontrole je na svim uređajima pokazivala veći broj nereaktivnih rezultata, neovisno o seriji reagensa za NAT testiranje. Od proizvođača je temeljem rezultata testiranja zatražena druga serija run kontrole koja je imala očekivane, valjane, rezultate testiranja te je zaključeno da su nereaktivni rezultati vezani uz jednu seriju run kontrole lošije kvalitete.

Zaključak: Run kontrole kao dodatna procesna kontrola predstavljaju stabilan i vjerodostojan kontrolni materijal te osiguravaju uklanjanje uređaja, reagensa i kontrolnog materijala smanjene kvalitete iz rutinskog rada.

KLJUČNE RIJEČI: run kontrole, NAT testiranje DDK

Nada Krešo, Maja Malešević, Katarina Hranj
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb
nada.kreso@hztm.hr

Uloga ABO izohemaglutinina u transfuzijskom liječenju i njihova razina kod dobrovoljnih davatelja krvi (POSTER)

Uvod:

Pokušaji transfuzijskog liječenja, sve do početka 20. stoljeća, rijetko su bili uspješni. Znanstveni pristup od tada uspješno se odrazio i na transfuzijsku medicinu. Nakon Landsteinerovog otkrića ABO-sustava krvnih grupa i Ottenbergovog uvođenja ispitivanja križne reaktivnosti između davatelja i primatelja, započela je praktična primjena znanja o neophodnoj podudarnosti krvi primatelja i davatelja. Od tada pa sve do danas, u cijelom se procesu od darivanja krvi pa do njene kliničke primjene primjenjuju sofisticirani postupci kojima je glavna težnja postizanje što veće podudarnosti.

Sustav krvnih grupa ABO je u kliničkom smislu najvažniji sustav eritrocitnih krvnih grupa jer predstavlja jaku imunološku barijeru i to zbog izloženosti ABO krvnih grupa na eritrocitima, trombocitima i tkivima mnogih organa te stalne prisutnosti ABO-izohemaglutina (ABOi). U organizmu su prisutni u prvim mjesecima života kao rezultat imunološkog odgovora na glikanske strukture iz okoline (bakterije, peludi trava, stabala i korova...) pa tako socioekonomski uvjeti i dijetalne navike jedan su od čimbenika koji utječu na njihovu dinamiku. Hiperimunizacijski događaji, poput trudnoće ili cijepjenja također utječu na njihovu pojavnost. Koristeći zlatne standarde u transfuzijskoj medicini, primenom ABO identičnih ili podudarnih krvnih pripravaka, pojava štetnih reakcija svedena je na minimum. Kod transfuzijskog liječenja koncentratima eritrocita štetne reakcije se najčešće događaju zbog pogrešne identifikacije uzoraka ili zamjene identiteta pacijenta. One mogu završiti fatalno. Uz to, štetne reakcije i narušavanje imunološke barijere uglavnom se javljaju i u slučaju nedostatka identičnih koncentrata trombocita. U literaturi postoje različiti podaci o kritičnom titru ABOi, ali najčešći se spominje :1:64 za IgM i 1:128 za IgG

Cilj: Prikazati vrijednosti ABOi u populaciji dobrovoljnih davatelja krvi (DDK)

Metode: Metoda mikroaglutinacije u gel tehnologiji u serijskom dvostrukim razrjeđenjima.

Rezultati:

Tablica 1: Postotak titra ABOi kod DDK koji su manji od kritičnog.

KG O (N=398) KG A (N=399) KG B (N=400)
IgM <64 40% IgM <64 79% IgM <64 84%
IgG < 128 49% IgG < 128 97% IgG < 128 93%

Zaključak:

Kod DDK razina titra u velikoj mjeri zadovoljava kriterije kritičnog titra, što omogućuje u slučaju potrebe proizvodnju krvnih pripravaka s niskim titrom.

KLJUČNE RIJEČI: izohemaglutinini, transfuzijsko liječenje

Matea Tomas, Patricija Topić Šestan, Valentina Čegec, Mušlin T., Kokotović M., Jukić I., Vuk T.

Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb
nada.aweja@hztm.hr

Edukacija i informiranje dobrovoljnih darivatelja krvi u Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu (POSTER)

Transfuzijsko liječenje bolesnika krvnim pripravcima svakodnevno spašava milijune života u cijelom svijetu, a darivanje krvi, prema načelima dobrovoljnosti, besplatnosti, anonimnosti i solidarnosti, je jedini način dobivanja lijeka koji život znači.

Informiranje i edukacija darivatelja krvi od iznimne je važnosti za sigurnost transfuzijskog liječenja bolesnika i očuvanje zdravlja darivatelja krvi.

Metode koje koristimo za što bolju informiranost i edukaciju su:

1. Edukativni letci

„Pravilna prehrana prije i nakon darivanja krvi“ sadrži preporuke koju hranu i tekućinu konzumirati prije i nakon darivanja.

„Stanični separator“ sadrži informacije o darivanju krvnih sastojaka (trombociti i plazma) postupkom afereze.

„I VI SUDJELUJETE U SIGURNOSTI TRANSFUZIJSKOG LIJEČENJA“ naglašava važnost davanja potrebnih informacija liječniku na pregledu darivatelja.

2. Edukativni poster i u prostorima HZTM te roll-up banner na terenskim akcijama darivanja

krvi .

3. TV ekrani u prostorima HZTM na kojima su vidljivi sadržaji letaka te stanje zaliha krvi .

4. WEB stranica HZTM koja sadrži informacije o darivanju krvi te stanju zaliha krvi.

5. Savjetovalište za darivatelje krvi u kojem mogu dobiti odgovore na pitanja vezana uz

darivanje krvi.

6. Predavanja o darivanju krvi u srednjim školama i na fakultetima.

Metodama koje koristimo osiguravamo darivateljima potrebne informacije o procesu darivanja s ciljem uključivanja što većeg broja ljudi u darivanje krvi.

Rezultate o informiranosti darivatelja krvi dobivamo u sklopu ankete koja se provodi među darivateljima na temu motivacije, informiranosti i zadovoljstva dobrovoljnih davatelja krvi (DDK) u Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu.

Rezultati provedenih istraživanja daju nam smjernice za izrade novih informativnih letaka u kojima će se staviti naglasak na ona područja gdje su dobrovoljni darivatelji krvi slabije informirani.

KLJUČNE RIJEČI: informiranje, edukacija, dobrovoljni darivatelji krvi

Davorka Ćelić, Anita Štokić, Tatjana Milanović
KBC Rijeka
davorka22@live.com

Anesteziološka skrb u jednodnevnoj kirurgiji - dječja anestezija Kantrida (POSTER)

Dječja bolnica Kantrida uvrštena je u kategoriju "Bolnica -prijatelj djece". Uvedeni su najveći standardi s ciljem što kvalitetnije zdravstvene skrbi.

Poseban naglasak se stavlja na roditelje, jer od prije nekoliko godina im je omogućen boravak uz svoje dijete kako neposredno prije operacija, tako i nakon operacije u periodu buđenja. Time postaju aktivni sudionici anesteziološkog procesa.

Jednodnevna kirurgija omogućuje djeci kojoj je potrebno kirurško liječenje, boravak u bolnici bez potrebe da dijete prespava preko noći u bolničkom okruženju. Kirurg postavlja indikaciju za operativni zahvat.

Anestezija je prilagođena odlasku kući nekoliko sati nakon zahvata te omogućuje veći komfor djetetu za oporavak u prirodnoj sredini- obitelji. Anesteziološka tehnika je sigurna ,kvalitetna i ekonomična.

KLJUČNE RIJEČI: dijete, roditelji, anestezija, jednodnevna kirurgija

Mateja Ilinović, Antonella Dropulja
Zdravstveno veleučilište Zagreb
mateja.ilinovic@gmail.com

Utvrdjivanje kvalitete života pacijenata prije operacije primjenom strukturiranih upitnika (POSTER)

U današnje vrijeme sve se veća važnost pridaje pripremi i podršci pacijentu prije operativnog zahvata. Znanstveno je dokazano da kvalitetna priprema pacijenta prije operativnog zahvata, ali i dobra edukacija i posvećenost pacijentu nakon operativnog zahvata može skratiti boravak pacijenta u bolnici, ali i sam oporavak. Psihičko i fizičko stanje pacijenta može se provjeriti upitnicima. Najčešće korišteni upitnici za provjeru stanja pacijenta jesu SF-36 i WHODAS-II. SF-36 (Short form survey) upitnik sastavila je RAND-a kao dio istraživanja o medicinskim ishodima operativnog zahvata. Sastavljen je tako da ispituje pacijentovo stanje na temelju njegovih odgovora, odnosno samopercepciji o vlastitome stanju i kvaliteti života. Podijeljen je u više kategorija. Prvo se ispituje općenito stanje pacijenta, zatim je li pacijent limitiran u aktivnostima to jest ima li kakvih ograničenja, ispituju se problemi vezani uz fizičko zdravlje, emocionalni problemi, energija i emocije te socijalne aktivnosti. WHODAS-II upitnik je osmislila Svjetska zdravstvena organizacija s ciljem utvrđivanja poteškoća koje mogu biti uzrokovane zdravstvenim stanjem. Pod pojmom zdravstvena stanja misli se na različite bolesti i stanja, ostale zdravstvene probleme koje su kratkoročne ili dugoročne, ozljede, mentalne ili emocionalne probleme te probleme uzrokovane ovisnostima - alkohol i droga. Područja ispitivanja WHODAS-II upitnika su: Komunikacija i razumijevanje, pokretljivost, samozbrinjavanje, odnosi s ljudima/međuljudski odnosi, aktivnosti i uključenost u socijalni život. Karakteristike ovog upitnika su što je kratko, lako i brzo rješiv, nije kulturološki određen, može se bez problema koristiti u cijelom svijetu na odraslu zdravu ili bolesnu populaciju. Važno je za istaknuti da je za ispunjavanje oba upitnika potrebno direktno uključivanje pacijenta, odnosno pacijentov doživljaj vlastitoga stanja. Navedeni upitnici koriste se kako bi se provjerila i poboljšala kvaliteta života pacijenta jer očekivani životni vijek pacijenta je sve duži, ali i doseg moderne medicine je sve veći.

KLJUČNE RIJEČI: pacijent, operacija, kvaliteta

Jelena Krstanović
Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banja Luka (BiH)
jelena.krstanovic@yahoo.com

Karakteristike paraverbalne komunikacije u hitnim stanjima (POSTER)

UVOD

Paraverbalnoj komunikaciji pripada trećina ukupne komunikacije i obavezan je alat svih zdravstvenih radnika, jer su svakodnevno u kontaktu sa saradnicima i korisnicima usluga. Osobine glasa (brzina, ton, jačina, naglašavanje riječi...) daju našem govoru posebne karakteristike koje sagovornik doživljava mnogo jače nego same riječi.

CILJ

Prikazati uticaj paraverbalne komunikacije na odnose u zdravstvenoj ustanovi u konfliktnim situacijama

METOD

Posmatranje ishoda konflikta sa planiranim promjenama brzine, ritma, jačine i boja glasa.

ZAKLJUČAK

Tokom posmatranja odnosa zdravstvenih radnika međusobno i sa pacijentom, može se zaključiti da je neizbježan negativan ishod konflikta ukoliko barem jedna strana ne koristi prikladne paraverbalne znakove. Razumijevanje pacijenta sa negativnim emocijama uveliko olakšava poznavanje paraverbalnih karakteristika, te takav radnik uspješno rješava konfliktnu situaciju i ona ne prerasta u konflikt. Prepreke uspješnoj komunikaciji između radnika su uočene na nivou neverbalne komunikacije, i to posebno zbog neadekvatnog naglašavanja riječi u rečenici, gdje su poruke dobile sasvim drugi smisao i prouzročile konflikt. U oba slučaja, ako se u toku samog konflikta obrati pažnja na ton i brzinu glasa, emocije se stišavaju i sukob izostaje. Medicinske sestre su najčešće prvi kontakt pacijenta u zdravstvenoj ustanovi i trebaju biti edukovane na polju komunikacije kako bi znale prepoznati stvarno zdravstveno stanje pacijenta bez obzira na same izgovorene riječi, a samim tim prikladno pokazati različita neverbalna ponašanja, kako bi zadobile povjerenje pacijenta i time poboljšale kvalitet zdravstvene zaštite.

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, hitna stanja, medicinske sestre

Elvira Husić

J.U. Opća bolnica "prim. dr. Abdulah Nakaš", Sarajevo (BiH)
elviraHusic3210@gmail.com

Timski rad (POSTER)

Prema definiciji svjetske zdravstvene organizacije timski rad predstavlja rad više stručnjaka na postizanju zajedničkog cilja. U timu se mogu nalaziti profesionalci različitih struka, liječnici, medicinske sestre, biokemici, psiholozi, socijalni radnici, fizioterapeuti. Od svakog člana tima očekuje se maksimalan angažman u okviru njegovih kompetencija. Voditelji timova u okviru medicinske struke trebaju biti dobro educirani o svim mogućnostima i načinima rukovođenja te će rukovođenje prilagoditi aktualnim potrebama. Timski rad u suvremenoj medicini predstavlja nezaobilazni segment kvalitetnog profesionalnog djelovanja. Uza sve vrijednosti i prednost timskog rada u njegovoj organizaciji i provedbi mogu se javljati i različiti problemi i poteškoće o kojima je potrebno biti informiran kako bi se mogle prepoznati na vrijeme. Neke aktivnosti nije uopće moguće organizirati izvan timskog djelovanja.

KLJUČNE RIJEČI: timski rad, voditelji

Vedad Đozo

J.U. Opća bolnica "prim. dr. Abdulah Nakaš", Sarajevo (BiH)
vedaddozo10@gmail.com

Uloga medicinske sestre - tehničara kod prijema bolesnika sa akutnim koronarnim sindromom u jedinicu intenzivnog liječenja (POSTER)

Intenzivno liječenje podrazumijeva zbrinjavanje pacijenata s teškim i životno ugrožavajućim bolestima i stanjima gdje se odluke o dijagnostici i terapiji donose u kratkom vremenskom periodu. Prijem bolesnika u jedinicu intenzivnog liječenja zahtijeva timski rad u kojem je važna uloga medicinske sestre. Akutni koronarni sindrom (AKS) predstavlja urgentno stanje u čijoj podlozi je naglo nastala kritična ishemija miokarda uzrokovana djelimičnim ili potpunim začepjenjem jedne od epikardnih koronarnih arterija aterotrombotskim plakom. Jedan je od najčešćih uzorka smrti u svijetu. Obuhvata nestabilnu anginu pektorisa, infarkt miokarda bez ST elevacije i infarkt miokarda sa ST elevacijom. U zbrinjavanju pacijenta sa akutnim koronarnim sindromom jedan od najvažnijih faktora je vrijeme. Brza intervencija medicinske sestre-tehničara koja podrazumijeva kratku i ciljanu sestrinsku anamnezu, provjeru i kontinuirani monitoring vitalnih parametara, postavljanje venskog puta, snimanje EKGa, te druge intervencije prema kliničkoj procjeni, sastavni dio je savremenog pristupa u tretmanu ugroženih bolesnika sa AKS. Timski rad ljekara i medicinske sestre-tehničara jedna je od najvažnijih vještina koja utiče na uspješno rješavanje kritične situacije i može obezbijediti potpun oporavak bolesnika. Cilj ovog rada je ukazati na značaj dobro obučanih medicinskih sestara-tehničara kao dijela zdravstvenog tima u zbrinjavanju ugroženih bolesnika sa AKS u jedinicama intenzivne njege što direktno utiče na monitoring, tretman i ishod liječenja pacijenta.

KLJUČNE RIJEČI: akutni koronarni sindrom, sestrinske intervencije, timski rad

Amina Brulić

J.U. Opća bolnica "prim. dr. Abdulah Nakaš", Sarajevo (BiH)

amina07brulic@gmail.com

Parenteralna ishrana bolesnika u JIT-u (POSTER)

Parenteralna prehrana primjenjuje se u bolesnika kod koji nije moguće provesti peroralnu ili enteralnu prehranu zbog bolesti ili poremećaja funkcije gastrointestinalnog trakta. Njezina svrha je da u tolerantnom volumenu osigurava potrebnu količinu energetske i nutritivne supstanci - mikro i makro minerale i vitamine.

Metoda: Pri donošenju odluke o uvođenju parenteralne prehrane potrebno je procijeniti odnos koristi i rizika za svakog pojedinog bolesnika. U pothranjenih, hiperkataboličnih bolesnika izloženih stresu, nužno je parenteralnu prehranu otpočeti što ranije, unutar 48 do 72 sata. U dobro uhranjenih bolesnika za koje se očekuje da će se moći oralno ili enteralno hraniti unutar 5 do 7 dana, nije nužno provoditi parenteralnu nutritivnu potporu.

Posebne indikacije za parenteralnu prehranu su:

- Veliki kirurški zahvat u abdomenu
- Bolesti probavnih organa (pankreatitis, enterkutane fistule, Chronova bolest, ulcerozni kolitis, maligne bolesti)
- Hipermetabolična stanja (teške višestruke ozljede, tetanus, opekline i septična stanja)

Uloga medicinske sestre u totalnoj parenteralnoj prehrani podrazumijeva dva čimbenika:

- Njegu endovenoznog katetera i pripremu infuzijskih otopina za parenteralnu prehranu
- Monitoriranje stanja bolesnika

KLJUČNE RIJEČI: parenteralna ishrana, intenzivna njega

Lejla Sejfić
Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo (BiH)
aintcopying@hotmail.com

Praćenje hemodinamike kod pacijenata sa LVAD-om u JIT-u (POSTER)

Mehanička potpora rada srca se može podijeliti prema vremenu trajanja na kratkoročne i dugoročne (kratkoročne se koriste za period od nekoliko dana do nekoliko sedmica i ugrađuju se kod pacijenata kod kojih se očekuje brz oporavak, odnosno poboljšanje srčane funkcije, dok se dugoročne koriste za period od nekoliko mjeseci do nekoliko godina, koriste se kao „most do transplantacije“ ili alternativa za transplantaciju. Prema mjestu ugradnje uređaja: ugradive/intrakorporalne (pumpe unutar tijela) i vanjske/extrakorporalne (pumpe izvan tijela). Mehanička potpora se koristi kao potpora cirkulaciji lijeve komore - Left ventricular assist device (LVAD), potpora cirkulaciji desne komore - Right ventricular assist device (RVAD) i potpora obje komore - Biventricular assist device (BIVAD) .

Cilj ovog rada je objasniti ulogu medicinske setre kod praćenja hemodinamike kod pacijenata sa LVAD-om u jedinici intenzivne terapije. Posebna pažnja je usmjerena na često praćenje vitalnih parametara (EKG, puls, arterijski pritisak, plućni pritisak, saturacija, CVP i temperatura), poznavanje ciljnih parametara kod ove vrste pacijenata, poznavanje poremećaja srčanog ritma, dinamike disanje, prepoznavanje poremećaja u radu same LVAD pumpe, poznavanje monitoringa pumpe, pravilno uzorkovanje laboratorijskih nalaza, provjera ispravnosti uređaja i monitoringa pacijenta. Važnost rada je u tome što pobliže objašnjava postupke sa pacijentima na mehaničkoj potpori srca, a koji se razlikuju od standardnih postupaka kardiovaskularnih pacijenata; ciljni vitalni parametri, buđenje i ekstubacija pacijenta, prva mobilizacija i odvajanje od napojne jedinice, kontinuirano praćenje INR-a i održavanje u referentnom intervalu koji je određen za ovu vrstu pacijenata. Veliki dio zdravstvene njege se odnosio na edukaciju pacijenta o LVAD-u i život sa LVAD-om.

KLJUČNE RIJEČI: mehanička potpora srca, LVAD, monitoring, INR

Marija Briški, Željka Turčinov-Skroza
Medicinska škola Šibenik
marijatbriski@gmail.com

Pozitivni aspekti starenja - uspješno starenje (POSTER)

Tradicionalni koncept pogleda na starost i starenje primarno ima u vidu kronične bolesti i funkcionalnu nesposobnost. Koncept uspješnog starenja stavlja naglasak na očuvanje i daljnje razvijanje potencijala i sposobnosti u starijoj dobi. Starost može biti razdoblje očuvanog zdravlja i vitalnosti u kojem starije osobe aktivno doprinose društvu.

Percepcija uspješnog starenja od strane starijih osoba je različita od onog kako ga vide biomedicinski pristup (dobro tjelesno i mentalno zdravlje te izostanak bolesti) i psihosocijalni pristup (zadovoljstvo životom, samopoštovanje, učinkovito nošenje s životnim promjenama, gubicima). Tako subjektivne definicije uključuju brojne osjećaje svrhovitosti i smisla života, financijsku sigurnost, učenje novih stvari, produktivnost, doprinos životu i drugim ljudima, duhovnost, tjelesni izgled...

Mladi i stariji mogu zajedno učiti, razmjenjivati iskustva te tako pridonositi napretku cjeloživotnog učenja. To je ujedno i prilika da se istakne važnost međugeneracijske dimenzije u obrazovanju i profesionalnom usavršavanju. Gubitak tradicijskih vrijednosti i nova tehnološka dostignuća su pridonijela tome, te imamo situaciju da mlađa generacija podučava stariju (mobiteli....).

Ovim istraživanjem na prigodnom uzorku pokušalo se istražiti i približiti međugeneracijsku suradnju kako starijim osobama korisnicima Centra i Doma za starije i nemoćne tako i učenicima Medicinske škole u Šibeniku, 5. A razreda u sklopu Zdravstvene njege starijih osoba. Problemi istraživanja su bili utvrditi koje su prednosti starije životne dobi (u skladu s konceptom uspješnog starenja). Hipoteza je bila što su starije osobe zadovoljnije, svoje starenje procjenjuju kao uspješnije to će biti sklonije međugeneracijskoj suradnji. U istraživanju je korišten upitnik posebno konstruiran za potrebe ovog istraživanja.

Zaključak: što su starije osobe svoje starenje procjenjivale kao uspješnije, to su bile sklonije međugeneracijskoj suradnji, što bi se moglo koristiti u smislu poticanja međugeneracijske suradnje da bi starije osobe bile zadovoljnije, doprinos osobnoj vrijednosti, osjećaju poštovanja i sl..

KLJUČNE RIJEČI: uspješno starenje, zadovoljstvo, međugeneracijska suradnja

Muhamed Bulbul

J.U. Opća bolnica "prim. dr. Abdulah Nakaš", Sarajevo (BiH)

touran200567@gmail.com

Uloga medicinskog tehničara/anestetičara u operacionoj Sali (POSTER)

Rad medicinskih sestara/tehničara odnosno anestezioloških tehničara u anesteziološkom timu je izuzetno težak i zahtjevan posao. Zahtjeva visoku razinu znanja, vještina i odgovornosti. Medicinske sestre/tehničari u anesteziološkom timu moraju se često educirati. Anestezija kao grana medicine sve više napreduje, a anesteziološka oprema postaje sve složenija i modernija, koja se svakodnevno uvodi u standardnu opremu u operacijske sale i na odjele anestezije. Timski rad u medicini predstavlja nezaobilazan segment kvalitetnog profesionalnog djelovanja. Loša komunikacija u anesteziološkom timu može dovesti do niza nesporazuma, koje mogu dovesti do brojnih posljedica unutar tima, a nakraju i za samog bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: doktor, anesteziolog, anestetičar, pacijent, operaciona sala

Senija Kahrić
JU Bolnica Travnik, Travnik (BiH)
elvis.dervic@bolnicatravnik.ba

Krvne grupe (POSTER)

Krv je specifična tjelesna tekućina koja se sastoji od krvnih stanica i krvne plazme. Krvna grupa je klasificirana na temelju prisutnosti ili odsutnosti naslijeđenih antigena koji se nalaze na površini crvenih krvnih stanica. Dva najvažnija sistema krvnih grupa su ABO sistem i Rh faktor. Testovi za određivanje krvne grupe rade se prije nego što se daje transfuzija krvi, te prilikom prvog pregleda trudnica radi određivanja Rh-faktora.

Krvne grupe ABO sistema:

Razlikujemo 4 krvne grupe ABO sistema: A, B, AB i 0 krvnu grupu. Svaka od ovih krvnih grupa može biti Rh + ili Rh -. Krvne grupe ljudi predstavljaju nepromjenjive biološke karakteristike, koje se po Mendelovim zakonima, faktorima naslijeđa, genima prenose sa generacije na generaciju.

ANTIGENI - smješteni su na ćelijama. ANTITIJELA - nalaze se u plazmi ili serumu.

KLJUČNE RIJEČI: krv, krvne grupe, ABO sistem, Rh faktor, antigeni, antitijela

Dženana Begić, Ilda Berberović

J.U. Opća bolnica "prim. dr. Abdulah Nakaš", Sarajevo (BiH)

dzanab86@gmail.com

Bolnička banka krvi, mjesto i uloga medicinske sestre u vanrednim situacijama (POSTER)

Uvod: Funkcioniranje bolničke banke krvi (BBK) u vanrednim situacijama i katastrofama (prirodnog ili ljudskog porijekla) može biti kompromitirano zbog nedovoljnog broja uposlenika koji rade u BBK, nedostatka (pripravaka) krvi, opreme, reagenasa, energenata i drugih razloga. Dobro educirana i za rad u vanrednim situacijama, osposobljena medicinska sestra, uposlenica u BBK ima veliku ulogu u prevazilaženju svih problema u funkcioniranju službe, vezane za pravovremeno, adekvatno i sigurno liječenje povrijeđenih i oboljelih pacijenata sa krvi i krvnim pripravcima.

Cilj: Opisati i naglasiti značaj, mjesto i ulogu medicinske sestre u rješavanju problema, funkcioniranju BBK u vanrednim situacijama.

Metoda rada: U radu su opisane mjere i postupci koje su u skladu sa svojim nadležnostima primjenjivale medicinske sestre na poslovima vezanim za BBK u J.U. Općoj bolnici „Prim.dr. Abdulah Nakaš“, Sarajevo u periodu od 2017.-2020. godine u vanrednim situacijama. Vanrednom situacijom u ovom radu smatrano je svako izdavanje krvi i krvnih pripravaka u kratkom vremenskom periodu, 10 ili više jedinica krvi (pripravaka) za jednog pacijenta a kada je u BBK bila prisutna samo jedna medicinska sestra.

Rezultati rada: U posmatranom periodu najviše krvi i krvnih pripravaka izdato je Odjeljenju hirurgije, 1300 doza (krvi/pripravaka), privatnoj zdravstvenoj ustanovi, „Centru za srce, Sarajevo“, 1030 doza, Odjeljenju za ortopediju, 838 i Odjeljenje za internističku intenzivnu njegu, 754. Bez obzira na nedovoljan broj uposlenih, hitnosti transfuzija, potrebnih doza krvi i krvnih pripravaka, niti jedan pacijent nije stradao i nije bilo pogoršanog zdravstvenog stanje pacijenata zbog nepravovremene, neadekvatne ili nesigurne transfuzije krvi.

Zaključak: Planovi i pripreme bolnice za funkcionisanje u vanrednim situacijama, podrazumjevaju edukaciju i odgovarajući trening svih uposlenika uključenih u proces transfuzije krvi. Dobro educirana, osposobljena i za rad motivisana medicinska sestra, uposlenica koja je vezana za BBK ima veoma važnu ulogu u transfuzijskom liječenju pacijenata, posebno u vanrednim situacijama.

KLJUČNE RIJEČI: BBK, medicinska sestra, vanredne situacije

Željko Katavić
Opća bolnica Tešanj, Tešanj (BiH)
kataviczeljko1@gmail.com

Tretman boli kod dijabetičkog stopala (POSTER)

Bol je složeni osjećaj koji se razlikuje od drugih osjetila. Bol je individualno iskustvo na koje utiču mnogi faktori, tako je i kod dijabetičara.

Bol možemo podijeliti prema trajanju na akutnu i hroničnu, prema patofiziološkim promjenama na somatsku, visceralnu i neuropatsku, te prema etiologiji pod čijim pojmom najčešće mislimo na malignu bol.

Bol ima loš uticaj na svakodnevni život, ali može biti i odličan pokazatelj odnosno simptom za pravilnu uspostavu prave dijagnoze.

Objektivana procjena faktora koji su vezani za bol preduslov su za njeno ispravno tretiranje. Najlakša procjena boli koju koriste zdravstveni profesionalci su razne skale.

Kod dijabetičara zbog slabe vaskularizacije stopala tretiranje boli je specifično, kod manji hirurških intervencija ne koristi se lokalna anestezija tako da pacijenti trpe jake bolove, a sam oporavak takvih promjena je spor i dugotrajan. Multidisciplinarni pristup takvim pacijentima je neophodan i daje bolje rezultate oporavka.

Osim medikamentozne terapije boli vrlo bitna je i psihološka metoda tretmana boli. Zdravstveni radnici moraju imati svoju procjenu odnosno dijagnozu i moraju znati procijeniti i primeniti psihološki tretman, koji ponekad daje bolje rezultate od svih drugih metoda.

KLJUČNE RIJEČI: bol kod stopala

Bojana Konovec Ivanić

OB Subotica, Subotica (Srbija)

bojana.konovec@gmail.com

Kontinuirana zamena bubrežne funkcije u jedinici intenzivnog lečenja (POSTER)

Kontinuirana zamena bubrežne funkcije (CRRT) je ekstrakorporalna terapijska purifikacija krvi kojom se zamenjuje bubrežna funkcija ili se vrši otklanjanje citokina, interleukina, toksičnih supstanci ili viška tečnosti iz krvi kritično obolelog pacijenta kontinuirano tokom dužeg vremenskog perioda. Preporučuje se kod hemodinamski nestabilnih pacijenata u JIL-u.

Indikacija je akutna bubrežna slabost koja može biti posledica septičnog stanja, politraume, intoksikacije i drugih stanja koja se odražavaju na rad bubrega. U jedinici intenzivnog lečenja oko 20% pacijenata razvije neki oblik ac bubrežne slabosti sa stepenom mortaliteta preko 50% a od tog broja oko 70% pacijenata zahtevaju terapijsku zamenu bubrežne funkcije.

CRRT se obavlja preko specijalnog aparata Prismaflex. Uloga medicinske sestre u procesu CRRT je da pripremi pacijenta za proceduru, pripremi Prismaflex aparat, adekvatan filter i neophodan materijal za rad, vrši nadzor i medicinsko-tehničke intervencije kod pacijenta u toku i nakon CRRT i sve to registruje u medicinsku dokumentaciju. Cilj rada je da se kroz prikaz slučaja prezentuje značaj CRRT za pacijenta u JIL-u kao i uloga med.sestre u timskom radu u JIL-u.

KLJUČNE RIJEČI: akutna bubrežna slabost, hemodijafiltracija, prismaflex aparat, istraživanje u sestrinstvu

Jelena Brkić, Daila Zukić

SKB Mostar, Mostar (BiH)

jelabrkić83@gmail.com

Zdravstvena njega pacijenta sa traheostomom (POSTER)

UVOD: Traheotomija je kirurški zahvat kojim se na vratu otvara dušnik i tako omogućuje disanje, koje je bilo poremećeno brojnim faktorima i uzrocima respiratorne insuficijencije. Trahealna kanila umeće se u dušnik, služi da se otvor na prednjoj stijenci traheje ne stisne te da se sekret iz donjih dišnih putova može lakše uklanjati bilo kašljanjem bilo aspiracijom sekreta. Zdravstvena njega usmjerena je na:

- osiguranje prohodnosti kanile i dišnih putova
- sprečavanja infekcija
- osiguranje potrebne količine vlažnog zraka koji bolesnik udiše
- očuvanja integriteta kože oko traheostome
- osigurati dovoljan unos tekućine
- osigurati pravilnu prehranu
- osigurati način komunikacije
- osiguranje fizičke i emocionalne udobnosti.

CILJ: Prikazati specifičnosti procesa njege traheotomiranog bolesnika pregledom literature i relevantnih časopisa, te staviti naglasak na važnost kvalitetne zdravstvene njege traheotomiranog bolesnika.

REZULTATI: Zdravstvena njega usmjerena je na osiguranje prohodnosti kanile i dišnih putova, sprečavanja infekcija, osiguranje potrebne količine vlažnog zraka koji bolesnik udiše, očuvanja integriteta kože oko traheostome, osigurati dovoljan unos tekućine, osigurati pravilnu prehranu, osigurati način komunikacije, osiguranje fizičke i emocionalne udobnosti. Rehabilitacija je važan dio liječenja, a u nju je uključen cijeli medicinski tim stručnjaka. Toaleta traheostome uključuje:

- aspiraciju sekreta iz dišnih putova
- čišćenje unutarnje kanile
- promjenu zavoja i vrpce koja pridrži kanilu
- promjenu uloška kanile.

ZAKLJUČAK: Radi provođenja zdravstvene njege bolesnika sa traheostomom potreban je sustavan, sistematiziran i specijaliziran pristup svih članova zdravstvenog tima.

KLJUČNE RIJEČI: traheostoma, trahealna kanila, aspiracija, edukacija

Blanka Barić, Dino Ladan

SKB Mostar, Mostar (BiH)

bla.pehar@gmail.com

Zdravstvena njega pacijenta sa perkutanom endoskopskom gastrostomom (POSTER)

UVOD: Perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) je postavljanje posebnog katetera kroz mali rez u trbušnoj stijenci, koji služi prehrani pacijenta (enteralna prehrana). Ovisno o zdravstvenom stanju pacijenta, PEG može biti privremen ili trajan.

PEG je namijenjen pacijentima koji zbog nemogućnosti gutanja privremeno ili trajno ne mogu unositi potrebne dnevne količine kvalitetne hrane i osigurava im dugoročno rješenje za prehranu. Psihička priprema pacijenta i obitelji je od velikog značaja za prihvaćanje ovakvog načina prehrane.

Najčešće se primjenjuje kod: trauma glave, malignih bolesti, neuromišićnih bolesti, neurodegenerativnih bolesti, kao i kod produžene trahealne intubacije.

Ukoliko pacijent ima prepreku u predjelu jednjaka ili na bilo koji način ne podnosi nazogastričnu sondu, primjenjuju se različite metode kojima se omogućava prehrana direktno preko želuca ili crijeva, tj. enteralna prehrana.

CILJ: Prikazati specifičnosti procesa njege bolesnika koji imaju PEG pregledom literature i relevantnih časopisa, te staviti naglasak na važnost kvalitetne zdravstvene njege i načina hranjenja bolesnika s PEG-om.

REZULTATI: Zdravstvena njega bolesnika sa postavljenim PEG-om uključuje provođenje njege kože na mjestu postavljanja sonde, održavanje sonde za hranjenje i količine obroka te pripremu pacijenta za samostalnu njegu kod kuće. Prehrana bolesnika sa PEG-om zahtjeva točno definiranu hranu. Određuje ju liječnik specijalista. Prilagođavanje je ovisno o medicinskoj dijagnozi bolesnika i nutritivnim potrebama. Neki mogući problemi koji se javljaju su: proljev, nadutost, zatvor, refluks. Ako bolesnik nije u mogućnosti normalno jesti neko vrijeme crijevu će trebati vremena da se navikne na hranu.

ZAKLJUČAK: PEG je najprihvatljivija i najsigurnija metoda za dulje hranjenje, osobito nakon ekstenzivnih kirurških zahvata u svrhu liječenja oboljelih od malignoma usne šupljine i orofarinksa, radio i kemoterapije ili pak svega navedenoga zajedno. Prednost je u tome da su usta slobodna od kontaminacije u razdoblju cijeljenja operacijske rane i omogućena je nutritivna podrška kada pacijent nije u stanju uzimati dovoljno hrane.

KLJUČNE RIJEČI: perkutana endoskopska gastrostoma, sonda, želudac, prehrana, medicinska sestra/tehničar

Drago Simić
Medical Institute Bayer, Tuzla (BiH)
dragan.simic27@yahoo.com

Tjelesna temperatura prije, u toku i poslije operativnog zahvata (POSTER)

Uvod:

Tjelesna temperatura je pokazatelj stepena zagrijanosti organizma. Održavanje normalne tjelesne temperature je esencijalno za održavanje optimalne funkcije organa, tkiva i funkcije ćelija. Bilo kakva promjena tjelesne temperature ima veliki uticaj na vitalne organe.

Cilj:

Kako bi se smanjili mogući negativni učinci hipotermije, potrebno je pacijenta prije induciranja hipotermije sedirati i relaksirati, a u tome važnu funkciju imaju medicinske sestre/tehničari.

U preoperativnoj pripremi pacijenta, jako je bitno kontrolisati (mjeriti) tjelesnu temperaturu, voditi evidenciju i obavijestiti nadležnog ljekara u slučaju promjene.

Sestrinske intervencije u procesu spriječavanja postoperativne hipotermije uključuju različite metode koje zadržavaju temperaturu i regulišu protok toplog zraka, kako bi se izbjegli negativni učinci niske tjelesne temperature.

Zaključak:

Uloga medicinske sestre/tehničara je ključna u praćenju tjelesne temperature, kako prije operacije tako i za vrijeme, te nakon operativnog zahvata. Pacijenti koji su tek operisani, jako slabo tolerišu visoku tjelesnu temperaturu, zato je iznimno važno da se ona prati, te evidentira na vrijeme, budući da može biti pokazatelj inflamatornih procesa u organizmu.

KLJUČNE RIJEČI: temperatura, hipotermija, kardiohirurgija

Đenan Čauš

JU Bolnica Travnik, Travnik (BiH)
djenancaus@gmail.com

Indikacije i komplikacije carskih rezova u JU Bolnica Travnik u periodu 2015.-2018. (POSTER)

Učestalost dovršavanja poroda carskim rezom u posljednjoj deceniji, nakon značajnog porasta, postepeno pokazuje tendenciju pada. Prema podacima iz literature, u svijetu se stopa poroda koji su završeni carskim rezom sa 40% u 1991. spustila na 15% u posljednjem petogodišnjem periodu.

Najučestalije indikacije u svijetu su, prema literaturi, stav zatkom i kefalo pelvina disproporcija.

Cilj rada bio je prikazati stopu carskog reza u J.U. Bolnici Travnik u periodu od 2015. do 2018. godine, utvrditi koje su to indikacije bile za izvršenje carskog reza, te da li je bilo postoperativnih komplikacija.

Metoda koja je korištena u radu je retrospektivna, sa analizom 300 trudnoća, jednoplodnih i višeploidnih, koje su dovršene carskim rezom u J.U. Bolnica Travnik u navedenom posmatranom periodu.

Rezultati rada pokazuju da se stopa carskog reza od ukupnog broja poroda u posmatranom periodu kretala od 11,5% do 16%. Najčešće indikacije su bile fetopelvina disproporcija, planirani carski rez, stav zatkom, te bolesti i stanja majke koja su onemogućavala normalan porod. Komplikacije su se javljale u manje od 5% slučajeva, u vidu infekcija rana i atonije. Iako se carskim rezom rizik za mortalitet majki povećava, stopa smrtnosti od carskog reza u posmatranom periodu iznosila je 0%.

KLJUČNE RIJEČI: carski rez, indikacije, komplikacije

GENERALNI SPONZOR



ZLATNI SPONZORI



SPONZORI





Markomed®

tehmed

