

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Μετεγχειρητικού Ασθενή στην Ανάνηψη.



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: κ. Τσεκούρα Βασιλική

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Πανέρα Εφραιμία

ΠΑΤΡΑ 2016

Ευχαριστήρια

Φτάνοντας στο δρόμο προς την ολοκλήρωση των σπουδών μου θα ήθελα να ευχαριστήσω του ανθρώπους που με στήριξαν έναν προς έναν γιατί χωρίς αυτούς δεν θα κατάφερα να φτάσω να βρίσκομαι τώρα στην πρακτική άσκηση και να δημιουργώ την πτυχιακή μου εργασία, που είναι ένα σημαντικό σκαλοπάτι πριν την απόκτηση του πτυχίου Νοσηλευτικής, το οποίο αποτέλεσε τον πρώτο στόχο της ενήλικης ζωής μου.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, τους γονείς και τον αδελφό μου που με στήριξαν σε όλη αυτή τη διαδρομή κυρίως υποστηρικτικά, καθώς εξ αρχής γνώριζαν την επιθυμία μου να ασχοληθώ με το νοσηλευτικό λειτούργημα. Νιώθω ακόμη ευγνωμοσύνη για τις προσπάθειες που έκαναν οι γονείς μου για να ολοκληρώσω τις σπουδές μου σε δύσκολους οικονομικά καιρούς.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την εισηγήτρια μου κ. Τσεκούρα Βασιλική που με εμπιστεύτηκε στην πτυχιακή μου εργασία και μου απέδειξε μέσα από τη δική της πορεία τη σημαντικότητα της νοσηλευτικής επιστήμης και συγκεκριμένα του νοσηλευτή χειρουργείου.

Με ευγνωμοσύνη,

Πανέρα Εφραιμία.

Αφιέρωση:

*Την εργασία αυτή, αφιερώνω στους
γονείς και τον αδελφό μου...*

Πρόλογος

Η συγκεκριμένη εργασία, με θέμα: Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Μετεγχειρητικού Ασθενή στην Ανάνηψη, εκπονήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των σπουδών στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας. Το νοσηλευτικό λειτούργημα έχει πολλαπλούς ρόλους και μεγάλη σημαντικότητα στα πλαίσια παροχής φροντίδας στον ασθενή.

Η συνεχής ανάπτυξη των επιστημών ζωής και υγείας επιδεικνύει την αισιοδοξία των ανθρώπων που τις ασκούν, τις υπηρετούν και την επιθυμία τους να βρίσκονται δίπλα στον ασθενή, στον συνάνθρωπο. Η νοσηλευτική επιστήμη από τις απαρχές της εμφάνισης και άσκηση της, είχε ως κέντρο της την παροχή φροντίδας και στήριξης στον ευάλωτο ασθενή που είχε ανάγκη. Η έννοια φροντίδα περικλείει μέσα της όλες εκείνες τις αξίες που περιγράφουν της επιστήμη της νοσηλευτικής, δηλαδή την πρόληψη, την ανακούφιση του πόνου, την προστασία και την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών, συνολικά και με κέντρο το σεβασμό της προσωπικότητας του και την ιδιαιτερότητα του καθενός ξεχωριστά.¹

Η Περιεγχειρητική νοσηλευτική λειτουργεί ως μια εξειδικευμένη κατηγορία παροχής φροντίδας αναφέρεται στους ασθενείς πριν την είσοδό τους στο χειρουργείο, στην προετοιμασία σε όλες τις διαστάσεις, έπειτα καθόλη τη διάρκεια της επέμβασης και την μετεγχειρητική αντιμετώπιση. Ακόμη, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής, παρέχει διδασκαλία και ψυχολογική στήριξη τους αρρώστους και την οικογένειά του.

Ο νοσηλευτής χειρουργείου καλείται να ανταπεξέλθει στο δύσκολο χώρο εργασίας, ο οποίος εμφανίζει πολλές ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλους τομείς του επαγγέλματος. Στο χώρο του χειρουργείου απαιτούνται αυστηρά η τήρηση του Κώδικα Επαγγελματικής δεοντολογίας και των κανονισμών του με πειθαρχία σε συνάρτηση με την ενσυνείδητη και ευσυνείδητη προσπάθεια όλου του προσωπικού, με σεβασμό, ειλικρίνεια και αμέριστη συνεργασία με όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας ιατρούς και νοσηλευτές. Η προσπάθεια έχει σαν βασικότερο στόχο την επίτευξη παροχής υψηλού επιπέδου ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή. Ο Κώδικας Επαγγελματικής δεοντολογίας εφαρμόζει τα καθήκοντα του νοσηλευτή στον ασθενή και την κοινωνία συνολικά.²

Στη πτυχιακή εργασία εντοπίζεται η περιεγχειρητική φροντίδα στο σύνολο της και συγκεκριμενοποιείται στο τομέα της διεγχειρητικής φροντίδας, στην ανάνηψη και την μετεγχειρητική αντιμετώπιση.

Περίληψη

Η πτυχιακή αυτή εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών μου στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα στο τμήμα Νοσηλευτικής. Το θέμα αφορά τα νοσηλευτικά καθήκοντα στα πλαίσια της μετεγχειρητικής φροντίδας γενικά και της Ανάνηψης ειδικά.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναδειχθεί το νοσηλευτικό έργο, σχετικά με την μετεγχειρητική αντιμετώπιση ασθενούς που βρίσκεται στην αίθουσα της ανάνηψης. Αναλύονται εμπειριστατωμένα όλα τα καθήκοντα που υπάρχουν σε σχέση με τις ανάγκες που προκύπτουν στον χειρουργικό τομέα και τον πολύπλευρο νοσηλευτικό ρόλο που απαιτεί υπομονή, εξειδίκευση, πειθαρχία και επαγγελματισμό με σκοπό την καλύτερη παροχή φροντίδας στον ασθενή.

Η μέθοδος διεξαγωγής πραγματοποιήθηκε με βασικότερα μέσα την βιβλιογραφική ανασκόπηση, την προσωπική εμπειρία σε χειρουργικό τομέα στα πλαίσια της πρακτικής μου και τέλος την ενημέρωση από εξειδικευμένο προσωπικό του χειρουργείου.

Τέλος, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής είναι η σημαντικότητα του νοσηλευτικού λειτουργήματος σε όλους τους χώρους μιας κλινικής ή μιας οποιαδήποτε μονάδας Υγείας αλλά ειδικότερα στο χώρο του χειρουργείου καθώς από αυτό εξαρτάται η έκβαση της πορείας ενός αρρώστου και ακόμη περισσότερο στην Ανάνηψη όπου αντιμετωπίζονται οι πρώτες και πιο ουσιαστικές μετεγχειρητικές διαταραχές.

Summary

This thesis was conducted as part of my studies at the Technological Educational Institute of Patras in nursing department. The subject of this study is referred to the nursing tasks of post operating care and resuscitation.

The main goal of this paper is to highlight the nursing work on the post-operative patients' treatment, who still are in the recovery room. Furthermore, the duties of a nurse in regard to the surgical field are analyzed thoroughly. A nurse's role is of great respect due to the fact that it requires patience, expertise, discipline and professionalism in order to be provided to the patient the utmost care.

This study was mostly based on literature review, and on personal experience in the surgical field that was acquired during the period of my practice. Moreover, qualified surgery personnel provided guidelines in some specific topics.

In conclusion, the results that generated from the completion of this current study showed the important role of the nursing staff in the healthcare units in general and in particular in the resuscitation units where the patients' recovery hangs by a thread.

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστήρια	1
Αφιέρωση:.....	2
Πρόλογος.....	3
Περίληψη.....	4
Summary	5
Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο 1ο- Περιεγχειρητική Φροντίδα. (γενικά στοιχεία)	12
1.1.Ιστορική Αναδρομή.....	12
1.2.Έννοια της φροντίδας.....	14
1.3.Περιεγχειρητική φροντίδα.....	15
1.4.Προεγχειρητική φροντίδα.	16
1.5.Διεγχειρητική φροντίδα.....	19
1.6.Μετεγχειρητική φροντίδα.	19
Κεφάλαιο 2ο-Αξιολόγηση Περιεγχειρητικής Φροντίδας.....	22
2.1.Ερευνητικά Στοιχεία για την ποιότητα φροντίδας.	22
2.2.Διασφάλιση της Ποιότητας.	23
2.3.Αξιολόγηση παρεχόμενη φροντίδας.	23
Κεφάλαιο 3 ^ο -Νοσηλευτής Χειρουργείου.....	26
3.1.Νοσηλευτής Κίνησης.	26
3.1.1.Καθήκοντα νοσηλευτή κυκλοφορίας στην Έναρξη της εγχείρησης.....	27
3.1.2.Καθήκοντα νοσηλευτή κυκλοφορίας στην Διάρκεια της εγχείρησης.....	28
3.1.3.Καθήκοντα νοσηλευτή κυκλοφορίας στην Λήξη της εγχείρησης.	28
3.1.4.Καταγραφή Νοσηλευτής φροντίδας.....	28
3.2.Νοσηλευτής Εργαλειοδότης.....	29
3.3.Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού.....	30
Κεφάλαιο 4 ^ο -Ανάνηψη.....	33

4.1.Αίθουσα Ανάνηψης.....	33
4.1.1.Προδιαγραφές Αίθουσας Ανάνηψης σύμφωνα με την ASA.....	34
4.2.Μεταφορά και Παραλαβή στην Αίθουσα Ανάνηψης.....	35
4.3.Σειρά Εργασιών στην Ανάνηψη.....	36
Κεφάλαιο 5 ^ο -Ο ασθενής στην Μεταναισθητική Ανάνηψη.....	40
5.1.Νοσηλευτής Ανάνηψης.....	40
5.2.Παρακολούθηση Ασθενών στην Ανάνηψη.....	43
5.3.Γενικά προβλήματα Ασθενών στην Αίθουσα Ανάνηψης.....	46
5.4.Κατευθυντήριες Οδηγίες μεταναισθητικής φροντίδας.....	47
5.5.Κριτήρια εξόδου Ασθενών από την Αίθουσα.....	47
5.6.Παράγοντες που επηρεάζουν την Αφύπνιση.....	48
Κεφάλαιο 6 ^ο -Μετεγχειρητικές Επιπλοκές.....	52
6.1.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στο Αναπνευστικό.....	52
6.1.1. Μεταναισθητικός Κυψελιδικός Υποαερισμός.....	52
6.1.2.Άμεση Μετεγχειρητική Υποξυγοναιμία.....	53
6.1.3.Λαρυγγόσπασμος και οίδημα Λάρυγγα.....	54
6.2.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στο Κυκλοφορικό.....	54
6.2.1.Μετεγχειρητική Υπόταση.....	54
6.2.2.Μετεγχειρητική Υπέρταση.....	56
6.2.3.Μετεγχειρητικές Αρρυθμίες.....	56
6.3.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.....	58
6.3.1.Μετεγχειρητική Ανησυχία και Διέγερση.....	58
6.3.2.Νευρολογικές Επιπλοκές.....	59
6.4.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στη Νεφρική Λειτουργία.....	59
6.5.Επιπλοκές: Ναυτία και Έμετος.....	61
Κεφάλαιο 7 ^ο - Νοσηλευτική Διεργασία-Ανάνηψη.....	64
7.3.1.Ολιστική νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	64

7.3.2.Πίνακας Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	67
Συμπεράσματα.....	69
Βιβλιογραφία.....	70

Εισαγωγή

Με τον όρο «άνάνηψη» περιγράφεται σε μια πιο ευρεία έννοια η διαδικασία που ακολουθείται μετά την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης και τη διακοπή της αναισθησίας. Η διαδικασία αυτή ολοκληρώνεται με την επιτυχή επάνοδο τους ασθενούς στην φυσιολογική ψυχοκινητική κατάσταση.

Η ανάνηψη, τη σημερινή εποχή, εξαιτίας των σύγχρονων τεχνικών και αναισθητικών φαρμάκων ολοκληρώνεται μέσα σε λίγες ώρες και ο άρρωστος μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι του και στην καθημερινότητα του μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα ακόμη και την ίδια ημέρα.

Μετά την χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία διακρίνονται τρία στάδια ανάνηψης-ανάρρωσης, τα οποία είναι τα εξής:

- ✓ **Πρώτο στάδιο ανάνηψης** \mathfrak{A} (πρώιμη ανάνηψη): ξεκινά με το τέλος της αναισθησίας και διαρκεί μέχρι ως ότου ο άρρωστος έχει ανανήψει και παρουσιάζει αντανακλαστικά και κινητική λειτουργία. Το στάδιο αυτό, ασθενής παραμένει σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο που ονομάζεται αίθουσα ανάνηψης ή αλλιώς μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας.
- ✓ **Δεύτερο στάδιο ανάνηψης** \mathfrak{B} (ενδιάμεση ανάνηψη): ο ασθενής βρίσκεται πλέον σε ικανοποιητικό στάδιο και μπορεί να μεταφερθεί στο δωμάτιο και μετά από έλεγχο να επιστρέψει στην καθημερινή του ζωή.
- ✓ **Τρίτο στάδιο ανάνηψης** \mathfrak{C} (καθυστερημένη ανάνηψη): ο ασθενής έχει επιστρέψει στο σπίτι του και ανακτά σταδιακά τις δυνάμεις του, με σκοπό να επιστρέψει στη δουλειά και στις δραστηριότητες που συνήθιζε προ της επέμβασης.³

Στην εργασία τονίζεται η σημαντικότητα όλων των σημείων της περιεγχειρητικής φροντίδας και κυρίως των νοσηλευτών του χειρουργείου και την ανάνηψης. Τονίζεται ο λόγος που η ανάνηψη διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο για την εξέλιξη της πορείας και της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Έτσι, στην πτυχιακή περιλαμβάνονται τα παρακάτω κεφάλαια, με το εξής περιεχόμενο:

- Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρει τα βασικότερα στοιχεία της Περιεγχειρητικής Περιόδου, την προεγχειρητική, την διεγχειρητική και την μετεγχειρητική φροντίδα υγείας.

- Το δεύτερο κεφάλαιο αξιολογεί την παρεχόμενη φροντίδα και δίνονται κατευθυντήριες γραμμές για την εξασφάλιση ποιότητας.
- Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρει όλου το φάσμα καθηκόντων του νοσηλευτή στο χειρουργείο, το ρόλο του και το έργο που παράγει.
- Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με την ανάνηψη, τη διαδικασία, την αίθουσα, τα στάδια αλλά και τα κριτήρια εξόδου των ασθενών.
- Το πέμπτο κεφάλαιο ασχολείται με την αφύπνιση στην ανάνηψη, τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τα προβλήματα των ασθενών.
- Το έκτο κεφάλαιο κάνει ανασκόπηση στις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο δίδεται παράδειγμα Νοσηλευτικής Διεργασίας στα πλαίσια της ανάνηψης.



Εικόνα 1: Αίθουσα Ανάνηψης .Πηγή: <https://anaestholou.wordpress.com>.

Προσπελάστηκε: 15-07-2016.

Κεφάλαιο 1ο

Κεφάλαιο 1ο- Περιεγχειρητική Φροντίδα. (γενικά στοιχεία)

1.1.Ιστορική Αναδρομή.

Υπάρχει ταύτιση της έναρξης της χειρουργικής ιατρικής με την εμφάνιση του ανθρώπου στη γη. Οι αλληπάλληλοι τραυματισμοί από τις μάχες και οι διάφορες ασθένειες της εποχής ανάγκασαν το γένος των ανθρώπων στα προϊστορικά χρόνια να επιχειρήσουν χειρουργικές επεμβάσεις, με σκοπό την αφαίρεση των ξένων σωμάτων, ορθοπεδικού τύπου και οπές στα κρανία.⁴

Ο βασικότερος στόχος αυτής της υποτυπώδους έρευνας ήταν αναδειχθεί στην ιστορία η χειρουργική ως αυτόνομη ιατρική ειδικότητα με σκοπό τη θεμελίωση της στα βάθη των αιώνων. Παρά της θρησκευτικές δεισιδαιμονίες η ιατρική χειρουργική εξελίχθηκε σταδιακά και αναπτύχθηκε. Μετά από πολυετής, επίπονες και επίμονες προσπάθειες έρευνας σε ελληνικά και διεθνή στοιχεία βρέθηκε η αρχή, η εξέλιξη και ο δρόμος της χειρουργικής επιστήμης.

Της δόθηκε το διεθνώς αποδεκτό όνομα «Χειρουργική» που ορίστηκε από την Ελλάδα, τη χώρα που γέννησε τον Ιπποκράτη, τον πατέρα της Ιατρικής Επιστήμης. Ετυμολογικά, η λέξη χειρουργική προέρχεται από το χειρ-έργο και χειρ-εργάτης.

Η χειρουργική θεμελιώθηκε το 500π.Χ. έως το 500μ.Χ. στην αρχαία Ελλάδα, από την Μακεδονία έως τα παράλια της Μ.Ασίας, τη Σικελία και τα βάθη της Ασίας, όπου υπήρχε Έλληνας υπήρχε πολιτισμός, επιστήμη και φιλοσοφία. Ο θεός Ασκληπιός όρισε την Ιατρική να είναι επιστήμη, το φίδι και η ιαματική ράβδος είναι ακόμη και σήμερα παγκόσμια σύμβολα. Ο Αλκμαιών συνέστησε την Αρχαία Ελληνική Ιατρική, ακόμη ο Θαλής ο Μιλήσιος και άλλοι αρχαίοι Έλληνες ιατροί οδηγήθηκαν σε θεωρίες και θεραπείες που ήταν πρωτοπόρες εκείνη την εποχή και έχουν αντίκρισμα μέχρι και σήμερα. Ο Ιπποκράτης ανακάλυψε το ακετυλοσαλικυλικό οξύ στα φύλλα της ιτιάς. Είναι εκείνος, που πρώτος μίλησε για τον καρκίνο, ακόμη συνέγραψε πολλά συγγράμματα για πολλές ασθένειες της εποχής. Προχώρησε σε χειρουργικές εντομές με κρανιοανατρήσεις και ορθοπεδικού τύπου χειρουργικές επεμβάσεις συνθέτοντας τη συσκευή εξωτερικής οστεοσύνθεσης. Ο Ιπποκράτης ακόμη πραγματοποίησε παροχετεύσεις εμπυήματος και εξιδρώματος, αντιμετώπισε τη λιθίαση ουροδόχου κύστεως, χειρουργήσε ινομυώματα, αιμορροΐδες, αποστήματα και πολλές άλλες ασθένειες και παθήσεις.^{4,5}

Παράλληλα, ο Ιπποκράτης επισκευάζει πολλά ιατρικά εργαλεία, που πάμπολλα από αυτά στην εξελιγμένη τους μορφή χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα. Είναι ο πρώτος, που συνέγραψε οδηγό δεοντολογίας και τις αρχές του ιατρικού λειτουργήματος, ο οποίος μέχρι τώρα δεσμεύει του γιατρούς σε όλο τον κόσμο.

Μετά τον πρωτοπόρο Ιπποκράτη ακολούθησαν και συνέχισαν πολλοί γιατροί του σπουδαίο έργο του, ο Γαληνός μάλιστα εξέλιξε τα εργαλεία και της μεθόδους θεραπείας. Σημαντικό στην αναφορά είναι ότι μέχρι και τον περασμένο αιώνα η θεραπευτική μέθοδος του καταρράκτη στον οφθαλμό πραγματοποιούνταν με τη μέθοδο που περιέγραφε και εφάρμοζε ο Γαληνός.⁴

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ανακάλυψη στα Άβδηρα της Θράκης, όπου φανερώθηκε ότι η πρώτη χειρουργική επέμβαση μετράει 28 ολόκληρους αιώνες και πραγματοποιήθηκε σε 20χρονη κοπέλα και στέφθηκε με απόλυτη επιτυχία, στην κρανιακή χώρα, και η ασθενής έζησε άλλες 2 δεκαετίες τουλάχιστον, αυτά δημοσιοποίησε καθηγητής Φυσικής Ανθρωπολογίας και Αρχαιολογικής Ανθρωπολογίας στο Πανεπιστήμιο Adlerhi της Νέας Υόρκης.⁵

Εν κατακλείδι, η ιατρική επιστήμη και ο τομέας της η χειρουργική και κατ επέκταση η έννοια της φροντίδας είχαν τις απαρχές τους στους Έλληνες επιστήμονες και φιλοσόφους της αρχαίας εποχής. Πολλές φράσεις που απαντώνται μέχρι σήμερα σε παγκόσμιο επίπεδο στην ιατρική επιστήμη ξεκίνησαν από τη χώρα μας και παραμένουν και θα παραμείνουν αναλλοίωτες ανά τους αιώνες. Πάρα πολλές νόσοι στα διάφορα συστήματα του οργανισμού, όπως ουροποιητικού, νευρικού και άλλα αντιμετωπίζονταν με σπουδαίο τρόπο και αποτελέσματα από τους Έλληνες γιατρούς στην κλασική εποχή και την ύστερη αρχαιότητα.

Εικόνα 2: Ιατρική Φροντίδα στην Αρχαιότητα. Πηγή: <http://archaia-ellada.blogspot.gr>.



1.2. Έννοια της φροντίδας.

Η φροντίδα αποτελεί τη βάση της νοσηλευτικής επιστήμης, οπότε για αυτό είναι επιστήμη φροντίδας υγείας. Παρόλα αυτά, πρέπει να διασαφηνιστεί ότι η φροντίδα είναι αναπόσπαστο στοιχείο όλων των επιστημών που έχουν ως βάση του την ανθρωπινή υπόσταση. Η φροντίδα αποτελεί ένα πανανθρώπινο φαινόμενο που διαφοροποιείται ανάλογα με τις κοινωνίες και τους πολιτισμούς με τους οποίους πραγματεύεται.⁶

Η Νοσηλευτική έχει να κάνει με την παροχή φροντίδας στον άνθρωπο, την προστασία του, την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων σε μία νόσο καθώς επίσης την αποκατάσταση στην φυσιολογική ζωή και την στήριξη σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. Με επίκεντρο τη νοσηλευτική πρακτική και την ανθρωπινή υπόσταση και επαφή.⁷

Για την ορθή παροχή φροντίδας απαιτούνται ο σεβασμός και η ανάπτυξη πολυεπίπεδων σχέσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς. Μια απειλητική για τη ζωή του ασθενούς, νόσος μπορεί να αφυπνίσει έντονο ψυχολογικά ζητήματα τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο όσο και για το νοσηλευτή.⁸

Το διαπροσωπικό μοντέλο διαπροσωπικών σχέσεων νοσηλευτή και ασθενή έχει περιγραφεί με τα εξής φάσεις:

- Προσανατολισμός,
- Ταύτιση,
- Φειδώ και
- Απόσπαση.

Υψίστης σημασίας είναι η φάση του προσανατολισμού καθώς πραγματοποιείται η αμοιβαία γνωριμία του επαγγελματία με τον ασθενή και αναπτύσσεται μια διαπροσωπική σχέση. Τόσο ο ασθενής, όσο και ο νοσηλευτής χρειάζονται τον προσανατολισμό για εντοπίσουν τις δυνατότητες και τα όρια αυτής της επαφής. Ο νοσηλευτής παρατηρεί και μαθαίνει τις εξατομικευμένες ανάγκες του ατόμου που πρέπει να φροντίσει και οι δύο μαζί μαθαίνουν τι πρέπει να περιλαμβάνει η φροντίδα.⁹

Η Νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με πολλούς ερευνητές ως φαινόμενο απαντάται σε όλους τους πολιτισμούς ενώ φυσικά υπάρχουν και διαφοροποιήσεις ανά κοινωνία σύμφωνα με τις ανάγκες αυτής. Τα κοινά σημεία της φροντίδας είναι τα εξής:

- Η πρόληψη,

- Η αγάπη,
- Ο σεβασμός και
- Η κατανόηση.

1.3.Περιεγχειρητική φροντίδα.

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα είναι μια ειδικότητα και ιδιότητα της νοσηλευτικής με πολλές παραμέτρους και εντοπίζεται σε ασθενής που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση ή οποιαδήποτε άλλη επεμβατική διαδικασία.

Οι νοσηλευτές περιεγχειρητικής φροντίδας είναι εξειδικευμένοι και εργάζονται σε στενή σχέση με άλλες ειδικότητες της χειρουργικής ομάδας όπως οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και άλλους επαγγελματίες που σχετίζονται με το χώρο του χειρουργείου, παρέχοντας προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Ένας περιεγχειρητικός νοσηλευτής έχει πολλούς ρόλους που μπορεί να αναλάβει όπως: νοσηλευτής κυκλοφορίας, αναισθησιολογίας, νοσηλευτής προνάρκωσης και ανάνηψης, νοσηλευτής περιεγχειρητικού καθαρισμού, νοσηλευτής προεγχειρητικής ετοιμασίας ή ακόμη και διευθυντής χειρουργικού τμήματος.

Σε μερικές ειδικές περιπτώσεις δύναται το αντικείμενο της περιεγχειρητικής φροντίδας να εντάσσεται σε άλλους τομείς όπως στη νοσηλεία μιας ημέρας, τις ενδοσκοπήσεις, την αποστείρωση, την επεμβατική ακτινολογία και τη διαχείριση του πόνου. Η μεγάλη πολυπλοκότητα του ρόλου του νοσηλευτή απαιτεί την επιτακτική ανάπτυξη αρμοδιοτήτων του περιεγχειρητικού νοσηλευτή.¹⁰

Η θέση του περιεγχειρητικού νοσηλευτή προϋποθέτει κλινική εμπειρία, διαπροσωπικές, επαγγελματικές και επικοινωνιακές ικανότητες τις οποίες οφείλει να εφαρμόζει με βάση ηθικούς κανόνες με σκοπό να παρέχει εξατομικευμένη και ολιστική περιεγχειρητική φροντίδα. Οι ρυθμοί στην περιεγχειρητική νοσηλευτική μεταβάλλονται ταχύτατα σύμφωνα με την εξέλιξη της τεχνολογίας και κατ'επέκταση της επιστήμης και έρχονται νέες εξειδικεύσεις με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.

Είναι επιτακτική η ανάγκη για την ύπαρξη ηγετικών δεξιοτήτων με γνώσεις διοίκησης και οργάνωσης με βασικό γνώμονα τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και έρευνα συμφωνά με το τι επιτάσσει η κοινωνία και η εποχή.¹⁰

Τέλος, είναι κοινώς παραδεκτό, ότι εφαρμόζοντας τεκμηριωμένες πρακτικές στην περιεγχειρητική νοσηλευτική οδηγούμαστε στην εξασφάλιση της ποιότητας και της

ασφάλειας των ασθενών. Επίσης, είναι αποτελεσματικός ορισμός κατευθυντήριων γραμμών για την πρακτική και τους πόρους της νοσηλευτικής στο χειρουργείο.¹¹ Βασικά ορίζονται και τα σημεία επανεκτίμησης και συστηματικής έρευνας με σκοπό την συμπεριφορά και την ικανοποίηση των ασθενών και των οικείων τους.¹²

1.4.Προεγχειρητική φροντίδα.

Ως προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς ορίζεται η φροντίδα που παρέχεται πριν από μια χειρουργική επέμβαση και συμπεριλαμβάνεται η ιατρική αξιολόγηση των κινδύνων της παρέμβασης και της ψυχολογικής προσαρμογής του αρρώστου. Συγκεκριμένα, η προεγχειρητική φάση ξεκινά από τη στιγμή που ορίζεται ότι ο ασθενής θα υποβληθεί σε χειρουργείο και ολοκληρώνεται με την μεταφορά του στο χειρουργικό τμήμα για την τέλεση της επέμβασης σε αυτή τη φάση ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός, καθώς είναι φροντιστής, προαγωγός υγείας, συνήγορος του αρρώστου. Το σημείο αυτό είναι ιδιαίτερος σημαντικό για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης.¹³

Το στάδιο αυτό εντοπίζεται στην διδασκαλία, την εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με το χειρουργείο, στον προεγχειρητικό έλεγχο για προληπτικούς λόγους και την αποφυγή τυχόν επιπλοκών, στη ψυχολογική στήριξη και τη σωματική προετοιμασία. Ο νοσηλευτής τελεί σημαντικό ρόλο αλλά για εμφανιστούν θετικά αποτελέσματα απαιτείται η συνεργασία όλης της χειρουργικής ομάδας και η επικοινωνία δίνοντας διευκρινίσεις και καθησυχάζοντας τον ασθενή.

Το πώς θα ανταποκριθεί ο άρρωστος στο χειρουργείο εμφανίζει μεγάλη ποικιλία και διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Σχετικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας απαιτείται να λαμβάνεται υπόψη η διαφορετικότητα του κάθε ασθενή, το είδος του χειρουργείου και οι επικρατούσες συνθήκες. Για την εξασφάλιση της καλύτερης παροχής φροντίδας υπάρχει σαν βασική προϋπόθεση λεπτομερής νοσηλευτική εκτίμηση. Πριν το προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας απαιτείται η εκτίμηση, η οποία περιλαμβάνει τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού και τη φυσική εξέταση, από την οποία εντοπίζεται η κατάσταση και οι σωματικές ανάγκες του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Ακόμη εντοπίζονται οι ανάγκες για ψυχολογική στήριξη του ίδιου του αρρώστου αλλά και της οικογένειας του. Ο τρόπος που γίνεται η νοσηλευτική εκτίμηση και η προγραμματισμένη αντιμετώπιση μεταβάλλεται ανάλογα με την χειρουργική επέμβαση και το είδος αυτής.¹⁴

Το χειρουργείο αποτελεί οπωσδήποτε ένα πολύ στρεσογόνο περιστατικό για τον ασθενή και την οικογένεια του, ανεξάρτητα με το είδος και τη διάρκεια της επέμβασης. Ένα ουσιαστικό

παράδειγμα είναι ότι ασθενής που θα υποβληθεί σε αφαίρεση όγκου ίσως να έχει λιγότερο άγχος από τον ασθενή που υποβάλλεται σε βιοψία για τον αποκλεισμό κακοήθειας, αν και σαν επέμβαση είναι μικρότερης σημασίας από την πρώτη περίπτωση. Έτσι, η δεξιότητα του νοσηλευτή να παρακολουθεί με ενδιαφέρον και να εισπράττει τα διάφορα μηνύματα του ασθενούς είτε αυτά είναι λεκτικά είτε όχι είναι πολύ σημαντική και δημιουργεί δεσμούς άνεσης και εμπιστοσύνης με τον ασθενή και τους οικείους του.¹³

Κατ'επέκταση η επικοινωνία δύναται να βοηθήσει τόσο τον άρρωστο και την οικογένεια να αντιμετωπίσουν το στρες και τις φοβίες τους όσο και το νοσηλευτή να βελτιώσει την εκτίμηση, δημιουργώντας πληρέστερο προγραμματισμό. Έτσι, οι παρεμβάσεις του είναι αυτές που χρειάζεται ασθενής. Παρακάτω αναφέρονται τα στάδια της προεγχειρητικής εκτίμησης του ασθενούς:

▼ Ιστορικό (ερευνώνται καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο επιπλοκών στη διάρκεια ή την επέμβαση.):

1. Ηλικία.
2. Χρήση καπνού, αλκοόλ και παράνομων ουσιών, όπως μαριχουάνα.
3. Φάρμακα που λαμβάνονται.
4. Χρήση συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών, όπως βοτανοθεραπεία, λαϊκή ιατρική ή βελονισμό.
5. Ιατρικό ιστορικό.
6. Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις και εμπειρίες.
7. Προηγούμενη εμπειρία αναισθησίας.
8. Μεταγγίσεις αίματος και αιμοδοσίες.
9. Αλλεργίες, ιδιαίτερα ευαισθησία σε προϊόντα λατέξ.
10. Γενική υγεία.
11. Οικογενειακό ιστορικό.
12. Είδος προγραμματισμένου χειρουργείου.
13. Γνώση και κατανόηση των διαδικασιών της προεγχειρητικής περιόδου.
14. Επάρκεια του υποστηρικτικού συστήματος του ασθενούς.¹⁵

▼ Φυσική εκτίμηση:

1. Μυοσκελετικό σύστημα.
2. Κατάσταση θρέψης.
3. Ουροποιητικό σύστημα.
4. Νευρικό σύστημα.

-
5. Αναπνευστικό σύστημα.
 6. Καρδιαγγειακό σύστημα.
- ✓ Ψυχοκοινωνική εκτίμηση:
 1. Επίπεδο άγχους του ασθενούς.
 2. Φόβος.
 3. Προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες.
 4. Εντοπισμός Μηχανισμών αντιμετώπισης άγχους.¹⁶
 - ✓ Εργαστηριακές εξετάσεις:
 1. Ούρων.
 2. Διασταύρωση Ομάδας Αίματος.
 3. Γενική Αίματος (αιματοκρίτης, κρεατινίνη, ουρία κ.α.)
 4. Ημέρες πριν την επέμβαση γίνονται εξειδικευμένες εξετάσεις.
 - ✓ Ακτινολογικός έλεγχος:
 1. Ακτινογραφία θώρακος και καρδιάς.
 2. CT και MRI σε μερικές περιπτώσεις ανάλογα με τη φύση της επέμβασης.
 - ✓ Άλλες εξετάσεις: π.χ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Στα πλαίσια της προεγχειρητικής φροντίδας βρίσκεται η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και των οικείων του, καθώς επίσης και η σωματική προετοιμασία που είναι καθοριστική για την ομαλή και επιτυχή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης. Ένας τομέας της προεγχειρητικής φροντίδας είναι η προετοιμασία του δέρματος, είναι η μείωση των βακτηριακών πηγών χωρίς την πρόκληση ερεθισμού και τη λύση του δέρματος. Η προετοιμασία του δέρματος πολλές φορές είναι ενοχλητική για τον ασθενή, ειδικά αν η επέμβαση πρόκειται να πραγματοποιηθεί σε ευαίσθητη ή ιδιαίτερη περιοχή του σώματος. Για τη διαδικασία εξασφαλίζεται ένα άνετο και ιδιαίτερο περιβάλλον.

Η προετοιμασία περιλαμβάνει:

- ✓ Τοπική καθαριότητα.
- ✓ Αποτρίχωση.
- ✓ Διατροφή **à** δίαιτα.
- ✓ Υποκλυσμός.
- ✓ Προαγωγή ανάπαυσης.
- ✓ Χορήγηση ηρεμιστικών και άλλα.¹⁵

1.5. Διεγχειρητική φροντίδα.

Η διεγχειρητική φροντίδα είναι το δεύτερο στάδιο της περιεγχειρητικής και είναι ένα ακόμη σημαντικό σημείο για την διατήρηση και τη εξασφάλιση της καλής υγείας του αρρώστου. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης η διεγχειρητική είναι αυτή που καθορίζει σημαντικά την έκβαση της όλης διαδικασίας, έως ότου μεταφερθεί ο ασθενής στην αίθουσα της ανάνηψης και μετέπειτα στο θάλαμο νοσηλείας.

Στη διεγχειρητική φροντίδα λαμβάνουν μέρος εξειδικευμένοι νοσηλευτές χειρουργικού τομέα, όπου υπάρχουν θέσεις ιδιαίτερα σημαντικές για το θεσμό του χειρουργείου και την προαγωγή υγείας έτσι υπάρχει ο νοσηλευτής που προετοιμάζει τον ασθενή για την χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής κυκλοφορίας που είναι υπεύθυνος για όλη την χειρουργική αίθουσα, ο νοσηλευτής εργαλειοδοσίας που θα πρέπει να είναι προικτισμένος με ταχύτητα και ουσιαστικές γνώσεις οργάνωσης και τέλος ο νοσηλευτής αναισθησιολογικού τομέα που είναι βοηθός και ακόμη συνυπεύθυνος με τον αναισθησιολόγο για την θετική έκβαση της επέμβασης και της ανάνηψης του ασθενούς. Ο βασικότερος σκοπός της διεγχειρητικής είναι η πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών και η ταχύτερη επάνοδος του ασθενούς στην καθημερινότητά του.¹⁷

1.6. Μετεγχειρητική φροντίδα.

Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινά από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης και ολοκληρώνεται όταν επανέρχεται πλήρως η κατάσταση της υγείας του ακόμη και αν έχει επιστρέψει στο σπίτι του. Αρχικά, το ενδιαφέρον του αρμόδιου νοσηλευτή είναι να επανέλθει ο άρρωστος από την αναισθησία και να έχει καλά επίπεδα συνείδησης με σκοπό να επιστρέψει στο θάλαμο. Ακόμη, γίνεται φυσική εκτίμηση της κατάστασης. Συνιστάται χρήση της μάσκας οξυγόνου μετεγχειρητικά για 12 με 72 ώρες ανάλογα με την κατάσταση, η διατήρηση φλεβικής γραμμής σε περίπτωση που χρειαστεί και η συνεχόμενη παρακολούθηση του ασθενούς. Επίσης, χρειάζεται διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειας για τη μετεγχειρητική φροντίδα στο σπίτι, ασκήσεις και τη δίαιτα που πρέπει να ακολουθεί. Σε περίπτωση πόνο χορηγούνται αναλγητικά και ηρεμιστικά όπου συνιστάται σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Η ορθή ακολούθηση του πρωτοκόλλου, η τεχνική και η αντισηψία στο εγχειρητικό πεδίο προλαμβάνουν μετεγχειρητικά προβλήματα και μικραίνουν το χρόνο παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο ή την κλινική.

Είναι απαραίτητο, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις να αντιμετωπίζονται από την χειρουργική ομάδα, γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, με

υπευθυνότητα, σεβασμό και υιοθετώντας σκοπούς εξατομικευμένης ολιστικής φροντίδας συμφωνά με τις ανάγκες, εξασφαλίζοντας υψηλό δείκτη ποιότητας.

Πιο συγκεκριμένα η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Την παραλαβή και εκτίμηση του ασθενή κατά την άμεση μετεγχειρητική φάση στην αίθουσα ανάνηψης, τα κριτήρια για την απόφαση μεταφοράς θάλαμο, καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την σταθεροποίηση του ασθενή.
- Την παραλαβή, την εκτίμηση του ασθενή κατά την άμεση μετεγχειρητική φάση στον θάλαμο και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πλήρη ανάνηψη.
- Τις μετεγχειρητικές (τοπικές και συστηματικές) επιπλοκές και τα μέτρα πρόληψης αυτών.
- Την συμμετοχή του ασθενή στην αυτοφροντίδα (αναπνευστικές ασκήσεις, ασκήσεις κάτω άκρων, έγκαιρη κινητοποίηση).
- Προετοιμασία του ασθενή για την έξοδο.

Κεφάλαιο 2ο

Κεφάλαιο 2ο-Αξιολόγηση Περιεγχειρητικής Φροντίδας.

2.1.Ερευνητικά Στοιχεία για την ποιότητα φροντίδας.

Η παρεχόμενη φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς μέσα στα νοσοκομεία διαδραματίζει το σπουδαιότερο, ίσως ρόλο για την μείωση και αποφυγή θανάτων αλλά και μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να παρουσιάσουν οι άρρωστοι. Η παρεχόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η ποσότητα των ωρών που προσφέρονται στον ασθενή, πιθανότατα θα μειώσουν τους θανάτους στα νοσοκομεία και θα προφυλάξουν τους ασθενείς από σοβαρές επιπλοκές κατά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και την περιεγχειρητική φροντίδα.¹⁸

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι νοσοκομειακές μονάδες που είναι επαρκώς στελεχωμένες με διπλωματούχους και εξειδικευμένους νοσηλευτές και έχουν στην ομάδα τους, λιγότερο νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλότερα προσόντα και ακαδημαϊκές γνώσεις, τείνουν να σημειώνουν χαμηλότερο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών στους ασθενείς τους. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε το 1997 σε 799 νοσοκομεία και κλινικές με κλίμακα μέτρησης 6,2 εκατομμύρια ασθενείς στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ακόμη, ερευνητές από το πανεπιστήμιο Χάρβαρντ εξέτασαν το χρόνο παραμονής στους ασθενείς από το νοσηλευτικό προσωπικό και πόσο αυτή επηρεάζει την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς, έτσι αναλύθηκε ο χρόνος νοσηλευτικής φροντίδας και τα προσόντα του προσωπικού αυτού.¹⁸

Οι νοσηλευτές διαχωρίζονταν βασικά σε τρία επίπεδα:

- ✓ οι εγγεγραμμένοι διπλωματούχοι νοσηλευτές που είναι το ψηλότερο επίπεδο,
- ✓ οι αδειούχοι πρακτικοί νοσηλευτές με μόνο ένα χρόνο εκπαίδευσης, χωρίς δίπλωμα και τέλος
- ✓ οι νοσηλευτικοί βοηθοί που έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης.

Για τους ασθενείς που νοσηλεύονταν σε χειρουργικά τμήματα, τα ευρήματα ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά καθώς αποδείχθηκε ότι μέσα από το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό υπήρχε πρόληψη και δεν υπήρχαν υψηλά ποσοστά θανάτων, επιπλοκών και οι ασθενείς παρέμεναν μικρό χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο. Υπήρχαν έτσι, λιγότερα κρούσματα ουρολοιμώξεων, πνευμονίας, κατάπληξης, αιμορραγίας, καρδιακής ανακοπής και άλλα.

Με βάση αυτών των στοιχείων, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χιλιάδες ασθενείς χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας μη ορθού παρεχόμενου χρόνου και φροντίδας από τους

νοσηλευτές. Είναι όποτε, αναμφίβολο το αποτέλεσμα της σημαντικότητας σωστής παροχής υγείας από όλους τους φορείς και του αρμόδιους των επαγγελματιών υγείας.¹⁸

2.2.Διασφάλιση της Ποιότητας.

Η διασφάλιση ποιότητας είναι ένα σύστημα διαχείρισης που εντοπίζεται στην κλινική πλευρά της φροντίδας υγείας και στην αποδοτικότητα των επαγγελματιών υγείας και το σύστημα αυτό σχεδιάζεται με σκοπό να εξασφαλίσει για τους ασθενείς την επιθυμητή παρεχόμενη ποιότητα. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσηλευτικό τμήμα περιλαμβάνει τα εξής:

- ✓ Την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.
- ✓ Την έγκαιρη αντιμετώπιση και νοσηλευτική παρέμβαση.
- ✓ Την χρησιμοποίηση μέσων υψηλής τεχνολογίας .
- ✓ Επαγγελματισμό και ευαισθητοποίηση του προσωπικού.
- ✓ Την διατήρηση και εξασφάλιση της αξιοπρέπειας του ασθενούς.¹⁹

2.3.Αξιολόγηση παρεχόμενη φροντίδας.

Η αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι μια αναπόσπαστη διαδικασία σε όλους τους τομείς και τα τμήματα όπου φροντίζονται ασθενείς και ακόμη περισσότερο σε χειρουργικούς χώρους. η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται βασισμένη σε συγκεκριμένα κριτήρια και να συγκρίνεται με πρότυπα ποιότητας. Η ουσιαστικότερη τοποθέτηση για την εφαρμογή της αξιολόγησης είναι η εμπειριστατωμένη περιγραφή της εκάστοτε νοσηλευτικής θέσεις εργασίας και τον ορισμό των καθηκόντων ακόμη τον ορισμό των προσόντων που χρειάζεται κανείς για να κριθεί κατάλληλος για να αναλάβει μια τέτοια θέση, τις ικανότητες, τις γνώσεις και άλλα.Οι κυριότεροι τρόποι αξιολόγησης σε σχέση με το προσωπικό περιλαμβάνουν:

- Την καταγραφή των προσόντων και ικανοτήτων των Νοσηλευτών.
- Τον προσδιορισμό της απόδοσης του κάθε Νοσηλευτή.
- Τον προσδιορισμό των Νοσηλευτών με μη ικανοποιητική απόδοση.
- Την ώθηση των Νοσηλευτών για περισσότερες δραστηριότητες.
- Την ανακάλυψη των φιλοδοξιών των Νοσηλευτών και την αναγνώριση των επιτευγμάτων τους.
- Τον προσδιορισμό της επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και του προϊσταμένου.
- Τον προσδιορισμό των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των Νοσηλευτών.
- Την καταγραφή των εκπαιδευτικών αναγκών των Νοσηλευτών.

- Την επιλογή των Νοσηλευτών που έχουν τα προσόντα για προαγωγή.²⁰

Με σκοπό να αξιολογηθεί η παρεχόμενη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή λαμβάνονται υπόψιν οι παρακάτω παράγοντες:

- Η ανταπόκριση του ασθενούς.
- Η υποχώρηση των συμπτωμάτων σταδιακά.
- Η σταδιακή επάνοδος στην προ του χειρουργείου κατάσταση.
- Η πλήρης ανάρρωση.

Η Περιεγχειρητική φροντίδα αποτελεί μια ειδική κατηγορία της νοσηλευτικής επιστήμης και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς και υπευθυνότητα. Το μεγαλύτερο μέρος εξαρτάται στις εξειδικευμένες γνώσεις και την ακολούθηση του χειρουργικού πρωτοκόλλου, την διδασκαλία του ασθενούς και την παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας και τεχνικών.

Εικόνα 3. Χειρουργική Αίθουσα. Πηγή: <http://the-lancet.blogspot.gr/>.



Κεφάλαιο 3ο

Κεφάλαιο 3^ο-Νοσηλευτής Χειρουργείου.

3.1.Νοσηλευτής Κίνησης.

Ο νοσηλευτής κίνησης ή κυκλοφορίας ανήκει στη μη αποστειρωμένη ομάδα του χειρουργείου και φροντίζει για τον εφοδιασμό, την εξυπηρέτηση και την αντιμετώπιση των αναγκών της χειρουργικής ομάδας και του ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση. Είναι ο υπεύθυνος νοσηλευτής συντονισμού των δραστηριοτήτων εντός και εκτός της χειρουργικής αίθουσας και της χειρουργικής ομάδας. Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής κυκλοφορίας είναι υπεύθυνος για την προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία που περιλαμβάνει:

- Εκτίμηση του αρρώστου πριν εισέλθει στο χειρουργείο.
- Σχεδιασμό φροντίδας.
- Εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας.
- Αξιολόγηση της φροντίδας μετεγχειρητικά.^{21,22}

Η μετεγχειρητική αξιολόγηση της φροντίδας επιτυγχάνεται με μία σύντομη παρατήρηση, ενημέρωση και επίσκεψη στο θάλαμο του ασθενούς για τα αποτελέσματα του χειρουργείου.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας είναι ανώτατης εκπαίδευσης και μπορεί να εξασκεί προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία αφού διαθέτει γνώση και αξιολόγηση. Ακόμη, είναι υπεύθυνος για την οργάνωση, τη διδασκαλία και την αντιμετώπιση διαφόρων κωλυμάτων εφόσον διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις. Παράλληλα, εκπαιδεύει το νέο νοσηλευτικό προσωπικό και μπορεί να αναλάβει την εργαλειοδοσία. Η ορθή λειτουργία απαιτεί δυο νοσηλευτές απαραίτητως και έναν βοηθό νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας εφαρμόζει την περιεγχειρητική νοσηλευτική και περιλαμβάνει τα εξής:

- Προεγχειρητική φάση: επίσκεψη στο θάλαμο και γνωριμία με τους ασθενείς, αξιολόγηση της γενικής κατάστασης ώστε να προετοιμαστεί η εξατομικευμένη φροντίδα στο χειρουργείο.
- Διεγχειρητική φάση: εδώ πραγματοποιείται η χειρουργική επέμβαση. Σε αυτή τη φάση ο νοσηλευτής κυκλοφορίας είναι υπεύθυνος για την ορθή και ασφαλή τοποθέτηση του ασθενούς στο χειρουργικό κρεβάτι, τον υποστηρίζει ψυχολογικά και οργανώνει την χειρουργική ομάδα. Ακόμη, εφοδιάζει σωστά ανταποκρινόμενος στις

ανάγκες, αντιμετωπίζει επιπλοκές, παρατηρεί τη θέση και την κατάσταση του αρρώστου. Παράλληλα, καταμετρά τα υλικά και στοιχειοθετεί κάθε πτυχή της φροντίδας με γνώμονα την επιτυχή έκβαση της επέμβασης.

- Μετεγχειρητική φάση: στη φάση αυτή ο άρρωστος μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης, συνοδευόμενος από τον υπεύθυνο νοσηλευτή, ο οποίος και παραδίδει το έντυπο της επέμβασης στον υπεύθυνο νοσηλευτικό προσωπικό της Ανάνηψης. Δίνει πληροφορίες για την πορεία του χειρουργείου, την ύπαρξη και παρακολούθηση παροχетеύσεων, ορών και καθετήρων. Δίνονται λεπτομερείς πληροφορίες και γίνεται ανάλυση όλων των αναγκών του ασθενούς με σκοπό να εξασφαλιστεί η κατάλληλη φροντίδα από το τμήμα της ανάνηψης.²¹

3.1.1.Καθήκοντα νοσηλευτή κυκλοφορίας στην Έναρξη της εγχείρησης.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας στην αρχή της εγχείρησης έχει τα εξής καθήκοντα:

- Να γνωρίζει καλά τη χειρουργική αίθουσα, τις ευθύνες που την συνοδεύουν και το πρόγραμμα των επεμβάσεων ημέρας αναλυτικά.
- Να οργανώνει και συντονίζει την χειρουργική ομάδα.
- Να προγραμματίζει και να εφαρμόζει τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς.
- Να κάνει έλεγχο στην προετοιμασία της χειρουργικής αίθουσας στην απολύμανση και την καθαριότητα.
- Να ετοιμάζει και να επιβλέπει την ορθή τοποθέτηση και απολύμανση των υλικών, του κρεβατιού και των κουβάνων που χρειάζεται η επέμβαση.
- Να ετοιμάζει όλα τα απαιτούμενα εφόδια και το στρώσιμο των χειρουργικών τραπέζιων.
- Να αναγνωρίζει τον ασθενή και να βρίσκεται εκεί στην παραλαβή στην χειρουργική αίθουσα.
- Να γνωρίζει και να επιβλέπει την αντισηψία του δέρματος.
- Να βοηθά στο ντύσιμο των χειρουργών.
- Να τακτοποιεί τους προβολείς.
- Να καταμετρά όλο τον εξοπλισμό: γάζες, τολίπια, εργαλεία.
- Να τοποθετεί αντιεμβολικούς επιδέσμους και μηχανήμα πίεσης όπου χρειάζεται με σκοπό την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.²²

3.1.2.Καθήκοντα νοσηλευτή κυκλοφορίας στην Διάρκεια της εγχείρησης.

- Να βοηθά και επιβλέπει τη σωστή θέση του ασθενούς, φροντίζοντας την αποφυγή τραυματισμού καθ όλη τη διάρκεια της επέμβασης.
- Να προσφέρει διαλύσεις, φάρμακα και τολίπια στο εργαλειοδότη.
- Να βοηθά στην κάλυψη του ασθενούς με αποστειρωμένο ιματισμό.
- Σύνδεση απορροφητήρα και διαθερμίας.
- Παρατήρηση αντισηψίας και διόρθωση λαθών.
- Να επιβλέπει τη λειτουργία του μηχανήματος πίεσης στα πόδια του ασθενούς.
- Να επιβλέπει την επάρκεια στα υλικά της επέμβασης.²²

3.1.3.Καθήκοντα νοσηλευτή κυκλοφορίας στην Λήξη της εγχείρησης.

- Να έχει έτοιμο το κατάλληλο υλικό για την περίδεση του τραύματος.
- Να βοηθά τον εργαλειοδότη στην καταμέτρηση του υλικού.
- Να βοηθά τη χειρουργική ομάδα να αφαιρέσουν με τον ορθό τρόπο τα γάντια και τον ιματισμό.
- Να αποσυνδέει τα μηχανήματα.
- Να αφαιρεί τον χρησιμοποιημένο ιματισμό από τον άρρωστο.
- Να φροντίζει για την αποστολή των δειγμάτων στο αρμόδιο τμήμα εργαστηριακών ελέγχων.
- Να συμπληρώνει και να ετοιμάζει τα απαραίτητα έντυπα για το χειρουργείο.
- Να διευθετεί και να συνοδεύει τον άρρωστο στην αίθουσα της Ανάνηψης.
- Να επιβλέπει την ορθή απόρριψη των χρησιμοποιημένων και μολυσμένων υλικών.
- Να φροντίζει τον ανεφοδιασμό της χειρουργικής αίθουσας για το επόμενο χειρουργείο.
- Να συζητά και αξιολογεί με την υπόλοιπη ομάδα τα αποτελέσματα της επέμβασης.

3.1.4.Καταγραφή Νοσηλευτής φροντίδας.

Ο νοσηλευτής κίνησης έχει ένα ακόμη σημαντικό καθήκον που είναι η συλλογή των πληροφοριών της επέμβασης του ασθενούς. Οι πληροφορίες αυτές συγκεντρώνονται όλες σε ειδικά έντυπα και για αυτά είναι υπεύθυνος ο νοσηλευτής κυκλοφορίας. Τα έντυπα του χειρουργείου είναι τα εξής:

- Έντυπο καταγραφής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Έντυπο καταμέτρησης για τις γάζες, τα τολύπια και τα εργαλεία.

- Δελτίο παρασκευασμάτων και υλικού που στάλθηκε υπό εξέταση.
- Έντυπο ιατρικής έκθεσης.
- Έντυπο φροντίδας αρρώστου κατά την αναισθησία.
- Καρτέλα προτιμήσεων χειρουργού που θα κάνει την επέμβαση.²¹

3.2.Νοσηλευτής Εργαλειοδότης.

Βασικό ρόλο στην διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης διαδραματίζει ο νοσηλευτής εργαλειοδοσίας. Το καθήκον το ξεκινά με την έναρξη του χειρουργείου και απαραίτητα προσόντα ενός τέτοιου νοσηλευτή είναι η ταχύτητα, επιδεξιότητα και η ικανότητα να γνωρίζει και να προσφέρει τα εργαλεία στο χειρουργό που πραγματοποιεί την επέμβαση. Ένας τέτοιος νοσηλευτής αποτελεί το δεξί χέρι του χειρουργού και είναι ιδιαίτερα εξειδικευμένο άτομο. Ο Εργαλειοδότης νοσηλευτής χρειάζεται πολυετή εξάσκηση και πείρα με σκοπό να αποκτήσει τα προσόντα που απαιτούνται δηλαδή την ταχύτητα, ψυχραιμία, αποτελεσματικότητα και την δεξιοτεχνία, παράλληλα έχει υψηλές γνώσεις ανατομίας και χειρουργικής. Μερικά από τα κυριότερα καθήκοντα του κατά τη διάρκεια του χειρουργείου είναι τα παρακάτω:

- Βοηθά τους χειρουργούς να φορέσουν τον αποστειρωμένο ιματισμό, επίσης βοηθούν στην κάλυψη του ασθενούς με επίσης αποστειρωμένο ιματισμό.
- Μεταφέρει τα τραπέζια εργαλείων και τα τοποθετεί με σωστό τρόπο με σκοπό να εφάπτονται όλες οι αποστειρωμένες επιφάνειες.
- Καταμετρά μαζί με το νοσηλευτή κυκλοφορίας το υλικό.
- Προσφέρει μαχαίρι στο χειρουργό αιμοστατικές λαβίδες και άγκιστρα στους βοηθούς.
- Κατά τη διάρκεια της επέμβασης οφείλει να είναι αφοσιωμένος προλαβαίνοντας τις ανάγκες των χειρουργών, εργαζόμενος παράλληλα με ταχύτητα χωρίς όμως να θυσιάζει την άριστη τεχνική.
- Οφείλει να διατηρεί πάση θυσία την ασηψία του πεδίου και των υλικών.
- Προσέχει τα καλώδια διαθερμίας.
- Συνεργασία με το νοσηλευτή κυκλοφορίας για τον εφοδιασμό.
- Βοηθά στη επίδεση του τραύματος.
- Μαζεύει και απορρίπτει τα ακάθαρτα κατόπιν της επέμβασης.
- Να εφαρμόζει τους κανόνες απολύμανσης και ασηψίας.
- Να βοηθά το νοσηλευτή κυκλοφορίας στον ανεφοδιασμό της χειρουργικής αίθουσας με σκοπό να είναι όλα έτοιμα για την επόμενη επέμβαση.²¹

Το καθήκον του εργαλειοδότη νοσηλευτή είναι να προσφέρει το κατάλληλο εργαλείο την κατάλληλη στιγμή, η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως επιτυχημένη όταν υπάρχει ταχύτητα και συντονισμός κινήσεων, αυτό αποκτιέται ύστερα από πολύχρονη εμπειρία και πρακτική στο χειρουργικό πεδίο. Ο εργαλειοδότης με τα χρόνια αποκτά την ικανότητα να παίρνει τα εργαλεία χωρίς καν να τα κοιτάζει, βοηθώντας θετικά στην συνεργασία με τη χειρουργική ομάδα. Η ορθή χρήση των κανονισμών απολύμανσης και άσηπτης τεχνικής χαρακτηρίζουν τον υπεύθυνο νοσηλευτή που διαθέτει επαγγελματισμό.²¹

3.3.Νοσηλευτής Αναισθησιολογικού.

Σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της χειρουργικής επέμβασης έχει ο νοσηλευτής αναισθησιολογικού, ο οποίος έχει εξειδικευμένες γνώσεις και τα καθήκοντα λειτουργούν με γνώμονα:

- ✓ Την εκτίμηση, τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση της φροντίδας μέχρι την έξοδο του αρρώστου από την ανάνηψη.
- ✓ Την προετοιμασία, τη συμμετοχή στη διάρκεια της αναισθησίας και τη διακοπή αυτής.

Ο νοσηλευτής αναισθησιολογικού είναι υπεύθυνος για την παροχή βοήθειας στον αναισθησιολόγο, σχετικά με τη σωστή λειτουργία των μηχανημάτων που βοηθούν στην αναισθησία. Παράλληλα, εξυπηρετεί στην επάρκεια του υλικού χρειάζεται στη διάρκεια της αναισθησίας, στην επέμβαση και φυσικά στην αφύπνιση του αρρώστου. Επίσης, ο νοσηλευτής αναισθησιολογικού συνδέει τον ασθενή με το μόνιτορ με σκοπό την παρακολούθηση του. Ο νοσηλευτής αυτός έχει συνεργασία με τον αναισθησιολόγο στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση, στη χορήγηση υγρών και αναισθητικών φαρμάκων, ακόμη εφαρμόζει το μόνιτορ κατά τη διάρκεια της αναισθησίας. Σημαντικό καθήκον αυτού του νοσηλευτή είναι και παρακολούθηση και η καταγραφή τις απώλειες αίματος και ούρων. Επίσης, ελέγχει την μετάγγιση αίματος και των παραγώγων του αν αυτά χορηγηθούν στον ασθενή. Κατόπιν τη χειρουργικής επέμβασης, ο νοσηλευτής βοηθά τον αναισθησιολόγο στην αφύπνιση του αρρώστου.²²

Κεφάλαιο 4ο

Κεφάλαιο 4^ο-Ανάνηψη.

4.1.Αίθουσα Ανάνηψης.

Μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης, ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα της ανάνηψης. Κάθε ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση αρά και κατά συνέπεια σε κάποια μορφή-τεχνική αναισθησίαςπ.χ. γενική, περιοχική, ΕΦ καταστολή, πρέπει να παρακολουθείτε και να του παρέχεται υποστήριξη στην Αίθουσα Ανάνηψης (ΑΑ) ή αλλιώς Μονάδα Μετααναισθητικής Φροντίδας, (ΜΜΑΦ, PACU=PostAnesthesiaCareUnit).²³

Στην αίθουσα της ανάνηψης, ο άρρωστος παραμένει για κάποιο χρονικό διάστημα, αλλά αυτό εξαρτάται από τη γενική κατάσταση του ασθενούς και τις ανάγκες που έχουν προκληθεί από το χειρουργείο και την πράξη της αναισθησίας.

Η αίθουσα της ανάνηψης είναι ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος, πολύ οργανωμένος και βρίσκεται πλησίον της χειρουργικής αίθουσας ή της αίθουσας που γίνεται η χορήγηση της αναισθησίας. Σε αυτό το χώρο οι ασθενείς ανανήπτουν ή επανέρχονται από τις άμεσες επιδράσεις της αναισθησίας και του χειρουργείου, ακόμη στην ΑΑ αναγνωρίζονται τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές και αντιμετωπίζονται.

Οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή και την γενικότερη κατάσταση σου σε άσχημη έκβαση, καθώς η βλάβη μπορεί να είναι παρατεταμένη ή μόνιμη ή ακόμη και μη αναστρέψιμη. Ο θάνατος των ασθενών από τις άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι αντικείμενο προβληματισμού τα τελευταία χρόνια.²³

Η δημιουργία των απαραίτητων υποδομών στις αίθουσες ανάνηψων από πλευρά εξοπλισμού, χώρου και στελέχωσης εξειδικευμένου προσωπικού για την απρόσκοπτη και συνεχή μετεγχειρητική παρακολούθηση τους εκάστοτε ασθενούς συμβάλλει τα μέγιστα στη μείωση των επιπλοκών της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου. Οι προδιαγραφές λειτουργίας στην αίθουσα ανάνηψης που πρέπει να ακολουθούνται έχει απασχολήσει κατά καιρούς επιστημονικές εταιρείες αναισθησιολογίας.Οι προδιαγραφές για τη σωστή λειτουργία της αίθουσας ανάνηψης βασίζονται στις παρακάτω αρχές:

- ✓ Μετά την ολοκλήρωση μιας χειρουργικής επέμβασης, ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος παραδίδει τον ασθενή στο νοσηλευτή της Ανάνηψης, με βάση το πρωτόκολλο που ισχύει στο νοσοκομείο.

- ✓ Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της Ανάνηψης πρέπει να είναι εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο συγκεκριμένα στην μετεγχειρητική παρακολούθηση και ακόμη να έχει την ικανότητα και τις απαραίτητες γνώσεις για την αναζωογόνηση σε επείγουσα κατάσταση που τυχόν να προκύψει.
- ✓ Η αίθουσα Ανάνηψης πρέπει να είναι κατάλληλα εξοπλισμένη και στελεχωμένη με σκοπό να μπορεί να γίνει παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών δίνοντας έμφαση στην άμεση και έγκαιρη αναγνώριση αλλά και αντιμετώπιση μετααναισθητικών ή μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν, σε αυτές τις επιπλοκές περιλαμβάνεται και η κάρδιο-αναπνευστική ανακοπή.
- ✓ Η Ανάνηψη πρέπει να ακολουθεί τους κανόνες λειτουργίας όπως ορίζονται στα προκαθορισμένα πρωτόκολλα, τα οποία ορίζουν τα πλαίσια τόσο της παρακολούθησης όσο και της παραμονής και μεταφοράς του ασθενούς στο θάλαμο που νοσηλεύεται.
- ✓ Τέλος, της επίβλεψη της ΑΑ πρέπει να έχει ο υπεύθυνος γιατρός της Αναισθησιολογικής ομάδας και είναι αυτός που πρέπει να αποφασίζει τη μεταφορά του ασθενούς.²³

4.1.1. Προδιαγραφές Αίθουσας Ανάνηψης σύμφωνα με την ASA.

Σε αυτό το σημείο δίνονται οι προδιαγραφές της ΑΑ όπως αυτές ορίστηκαν από την Αμερικανική Εταιρεία Αναισθησιολογίας ((American Society of Anaesthesiologists, ASA):

- ✓ Οποιοσδήποτε ασθενής έχει χειρουργηθεί και του έχει χορηγηθεί οποιαδήποτε μορφή αναισθησίας πρέπει να μεταφέρεται στην αίθουσα της ανάνηψης, συνοδευόμενος από τον αναισθησιολόγο, ο οποίος ενημερώνει για την γενική κατάσταση, το ιατρικό ιστορικό και την διεγχειρητική πορεία στον υπεύθυνο νοσηλευτή της Ανάνηψης που ασχολείται με την περαιτέρω παρακολούθηση του ασθενούς.
- ✓ Ο νοσηλευτής της ανάνηψης εφαρμόζει το απαραίτητο και κατάλληλο monitoring για την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, τη λειτουργία του αερισμού, της οξυγόνωσης και της κυκλοφορίας.
- ✓ Ο νοσηλευτής της ανάνηψης παρακολουθεί και καταγράφει με υπευθυνότητα και επαγγελματισμό τα ακριβή στοιχεία των ζωτικών σημείων, της διούρησης, της θερμοκρασίας, της κινητικότητας και της αισθητικότητας των άκρων όταν έχει εφαρμοστεί περιοχική αναισθησία. Ακόμη, παρακολουθεί τις απώλειες από τους καθετήρες και τις παροχετεύσεις και την χορήγηση φαρμάκων.²⁴

- ✓ Ο νοσηλευτής του τμήματος της ανάνηψης παρακολουθεί την γενικότερη κλινική κατάσταση του αρρώστου και αξιολογεί το χρόνο που θα μπορούσε να επανέλθει στο θάλαμο νοσηλείας, ακολουθώντας τα προκαθορισμένα κριτήρια.
- ✓ Η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή στην αίθουσα ανάνηψης μεταβάλλεται και καθορίζεται ανάλογα με τη βαρύτητα του χειρουργείου, το είδος αυτού και την γενικότερη κατάσταση του ασθενούς.
- ✓ Είναι απαραίτητο να υπάρχει όλες τις ώρες της μέρας, διαθέσιμος ένας αναισθησιολόγος για να επιβλέπει και να δίνει οδηγίες.
- ✓ Επιβάλλεται σε κάθε θέση ασθενούς στην αίθουσα της ανάνηψης να υπάρχει συγκεκριμένος εξοπλισμός, συγκεκριμένα:
 1. Παροχές οξυγόνου, πεπιεσμένου αέρα και κενού για συνεχή αναρρόφηση,
 2. Ηλεκτρικές υποδοχές.
 3. Βασικά monitors.
 4. Ικανοποιητικός φωτισμός και
 5. Χώροι αποθήκευσης υγειονομικού υλικού.²⁴
- ✓ Χώρος απομόνωσης για ασθενείς αυξημένου κινδύνου, επιβάλλεται να υπάρχει σε όλες τις ΑΑ.
- ✓ Στις ΑΑ πρέπει να υπάρχει ΗΚΓ.
- ✓ Ύπαρξη ασκός Ambu, φορητή οβίδα O₂, τροχήλατο με τον εξοπλισμό και τα φάρμακα της εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής, διάφορα μεγέθη καθετήρων για περιφερική φλεβοκέντηση και καθετηριασμό των μεγάλων αγγείων, απινιδωτής κ.α.²⁴

4.2.Μεταφορά και Παραλαβή στην Αίθουσα Ανάνηψης.

Η διαδικασία και η χρονική περίοδος που πραγματοποιείται η μεταφορά του ασθενούς από το χειρουργείο στην αίθουσα ανάνηψης είναι χρόνος με εγκυμονεί μεγάλους κινδύνους για τον ασθενή ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, αλλά και την απόσταση. Αφού χορηγηθεί αναισθησία, γενική ή περιοχική ή Εφ καταστολής και πριν πραγματοποιηθεί η μεταφορά πρέπει πρώτα να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός. Ακόμη, το επίπεδο φροντίδας, ελέγχου και παρακολούθησης κατά τη μεταφορά να είναι ισάξιο ποιότητας με αυτή του χειρουργικού κρεβατιού. Κατά τη διάρκεια της μεταφοράς ο άρρωστος πρέπει να μεταφέρεται με τα παρακάτω²⁵:

- ✓ ειδικό φορείο,
- ✓ συνεχή χορήγηση O₂,
- ✓ πλήρες monitoring των ζωτικών σημείων,

- ✓ συμπεριλαμβανομένης της καπνογραφίας για τους ασθενείς που έχουν ενδοτραχειακό σωλήνα ή υπεργλωττιδική συσκευή του αεραγωγού,
- ✓ συνοδεία προσωπικού με επαρκείς γνώσεις και εμπειρία.^{25,26}

4.3.Σειρά Εργασιών στην Ανάνηψη.

Η διαδικασία που πραγματοποιείται στην ανάνηψη κατά τη μεταφορά του ασθενούς στο τμήμα είναι η παρακάτω:

- Αρχικά, γίνεται ενημέρωση της νοσηλεύτριας της Ανάνηψης για τον ασθενή και την κατάστασή του. Ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος που έχει αναλάβει τον ασθενή ενημερώνει την νοσηλεύτρια ή το νοσηλευτή της ανάνηψης λεπτομερώς, ειδικά για την ταυτότητα του ασθενούς, το ιατρικό ιστορικό του και την προεγχειρητική του κατάσταση, τυχόν αλλεργίες, την προεγχειρητική αγωγή που χορηγήθηκε και την προνάρκωση, την αναισθητική τεχνική και το είδος του χειρουργείου.
- Έπειτα, έχει σειρά η παρακολούθηση στην αίθουσα της ανάνηψης, εκεί ο νοσηλευτής ενημερώνεται ακόμη για άλλα φάρμακα που μπορεί να χορηγήθηκαν πχ. Ινότροπα, οπιοειδή, διουρητικά κ.α. Ακόμη, ενημερώνεται για την απώλεια αίματος στην επέμβαση, την διεγχειρητική χορήγηση υγρών και παραγώγων αίματος και για αναισθητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να προέκυψαν.
- Στην ανάνηψη είναι υπεύθυνοι για το μετεγχειρητικό monitoring και εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. αέρια αίματος, γενική αίματος), την ανάγκη για ειδικά φάρμακα ή πράξεις που πρέπει να γίνουν.²³

Ο νοσηλευτής στην Αίθουσα της Ανάνηψης, έχει μεγάλη ευθύνη από τη στιγμή που παραλαμβάνει το ασθενή, πρέπει πρωτίστως να πραγματοποιήσει τα εξής:

- Να παρακολουθεί:
 1. Ζωτικά σημεία κάθε 2-5 λεπτά στην αρχή και σταδιακά να αραιώνει τη συχνότητα. Συγκεκριμένα:
 2. Αρτηριακή πίεση.
 3. Αναπνευστική συχνότητα.
 4. Καρδιακή συχνότητα.
 5. Σφυγμούς μέσα από το οξύμετρο.
 6. Θερμοκρασία.
 7. Επίπεδο συνείδησης του ασθενούς.

-
- Τοποθέτηση αρρώστου με μειωμένη συνείδηση ή αυξημένο κίνδυνοεισρόφησης σε θέση ανάνηψης **à** αριστερά πλάγια θέση με την κεφαλή σε χαμηλότερο επίπεδο, με σκοπό τη διευκόλυνση της παροχέτευση των εκκρίσεων από το στοματοφάρυγγα και την αναπνευστική οδό. Ακόμη την παροχέτευση αίματος από το χειρουργικό πεδίο ή εμέτου από του στόματος.
 - Χορήγηση 30-50 % εισπνεόμενο οξυγόνο, με σκοπό τη διατήρηση το SpO2 > 94-95 % άσχετα από το είδος και τη διάρκεια του χειρουργείου.
 - Συνεχής έλεγχος επιπέδου αισθητικότητας και κινητικότητας των άκρων στην περιοχική αναισθησία, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή για πιθανή επέκταση του αποκλεισμού.
 - Καθετηριασμός κύστης στη ραχιαία ή επισκληριδίο αναισθησία που διήρκησε > 4 ώρες.
 - Καταγραφή των ακριβή τιμών των ζωτικών σημείων μαζί με σημαντικές πληροφορίες σύμφωνα με την κλίμακα Aldrete σε διάγραμμα που συνοδεύει τον φάκελο του ασθενούς. (εικόνα 4)
 - Να ελέγξει την ένταση του μετεγχειρητικού πόνου με την κλίμακα VAS (visual analogue scale) και εφόσον είναι > 3 VAS να χορηγήσει την προγραμματισμένη αναλγησία σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.²⁵

Εικόνα 4:Κλίμακα Aldrete για τη βαθμολόγηση της μεταναισθητικής ανάνηψης.

Αξιολόγηση		Βαθμός
Αεραγωγός	ελεύθερος αεραγωγός	2
	τεχνητός αεραγωγός	1
	ενδοτραχειακός σωλήνας	0
Αναπνοή	ακρόαση και αναπνεόμενος όγκος ικανοποιητικός	2
	δύσπνοια ή μειωμένος αναπνεόμενος όγκος	1
	απουσία αυτόματης αναπνοής	0
Συνείδηση	ασθενής σε εγρήγορση και προσανατολισμένος	2
	ασθενής διεγερτικός χωρίς προσανατολισμό	1
	ασθενής που δεν αντιδρά σε ερωτήσεις ή ερεθίσματα	0
Καρδιακός ρυθμός	παρόμοιος με τον προαναισθητικό ρυθμό	2
	νέος παθολογικός ρυθμός χωρίς ανάγκη θεραπείας	1
	νέος παθολογικός ρυθμός με ανάγκη θεραπείας	0
ΣΑΠ	± 20 mmHg του προαναισθητικού επιπέδου	2
	± 40 mmHg του προαναισθητικού επιπέδου	1
	≥ 40 mmHg του προαναισθητικού επιπέδου.	0
Δέρμα	ροδαλό, ξηρό	2
	ωχρό, σκούρο, υγρό	1
	κυανωτικό	0
Κινητική δραστηριότητα	κινήσεις των 4 άκρων	2
	κινήσεις των μη αποκλεισμένων άκρων	1
	καμία κίνηση άκρων	0
Μέγιστη Βαθμολογία		14

Κεφάλαιο 5ο

Κεφάλαιο 5^ο-Ο ασθενής στην Μεταναισθητική Ανάνηψη.

5.1.Νοσηλευτής Ανάνηψης.

Ο νοσηλευτής της Ανάνηψης διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην έκβαση της χειρουργικής επέμβασης καθώς επίσης και στην ομαλή επανένταξη και επάνοδο του ασθενούς στην καθημερινή του ζωή. Ο σκοπός της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας και ειδικά ο χώρος της Μεταναισθητικής Ανάνηψης περιλαμβάνει τα ακόλουθα σημαντικά στοιχεία:

- Να προλαμβάνει και να ανιχνεύει μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές αν προκύψουν.
- Να ανανήψει ή αλλιώς να συνέλθει ο άρρωστος από την αναισθησία.
- Να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου.
- Να προάγει την επάνοδο του ασθενούς στις φυσιολογικές λειτουργίες του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο χώρο της ανάνηψης πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο με σκοπό να παρέχει υψηλή ποιότητα φροντίδας και να αντιδρά με ταχύτητα και απρόσκοπτα κάθε φορά που συμβαίνει μια αλλαγή ή μία κατάσταση που μπορεί να φανεί μοιραία για τον ασθενή και τη ζωή του. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές του τμήματος της ανάνηψης πρέπει να κατέχουν τις εξής ικανότητες και δεξιότητες:

- Εφαρμογή απινίδωσης.
- Χορήγηση ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών και φαρμάκων.
- Εφαρμογή και παρακολούθηση περιοχικής και γενικής αναισθησίας.
- Δράση –Επίδραση-Παρενέργειες αναισθητικών φαρμάκων.
- Προετοιμασία και χρήση μηχανημάτων ενδοφλέβιας χορήγησης αναλγητικών.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς στην ανάνηψη γίνεται πάντα με βάση τη νοσηλευτική διεργασία και περιλαμβάνει:

- Εκτίμηση.
- Σχεδιασμό φροντίδας.
- Εφαρμογή σχεδίου φροντίδας.
- Αξιολόγηση αποτελέσματος.

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να παράσχει την καταλληλότερη μορφή φροντίδας ανάλογα με την περίπτωση πρέπει να κάνει σωστή εκτίμηση της γενικής κατάστασης. Με σκοπό την

επιτυχή έκβαση αυτού το στόχου ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει κάποιες πληροφορίες που βρίσκονται στο έντυπο καταγραφής φροντίδας του χειρουργείου. Οι πληροφορίες:

- Ονοματεπώνυμο και αριθμός μητρώο ασθενούς.
- Γενικές πληροφορίες: ηλικία, πάθηση, αλλεργίες κ.α.
- Πληροφορίες για το είδος της επέμβασης.
- Χορηγηθείσα αναισθησία.
- Ζωτικά σημεία.
- Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
- Μετεγχειρητικές οδηγίες.
- Πληροφορίες για το τραύμα και τις παροχετεύσεις.
- Θέση ασθενούς κ.α.

Αφού ο νοσηλευτής εξετάσει την γενική κατάσταση του ασθενούς, έπειτα προχωρά σε περαιτέρω νοσηλευτική φροντίδα που περιλαμβάνει:

- ✓ Ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη του ασθενούς. Η πρώτη αίσθηση, όπως είναι γνωστό, που επανέρχεται είναι η ακοή. Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει να μιλά ήρεμα με ομαλό τόνο και σταθερό, ενημερώνοντας τον για την έκβαση της εγχείρισης. Αν ο άρρωστος ξυπνήσει και να εμφανίζει σύγχυση και τρόμο, οφείλει να τον καθησυχάσει και να τον βοηθήσει να προσανατολιστεί στο χώρο.
- ✓ Λήψη μέτρων ασφαλείας, ειδικότερα αν ο ασθενής είναι διεγερτικός μετά την αναισθησία τον προφυλάσσουμε με κάγκελα, ζώνη ασφαλείας και φρένα φορείου κ.α.
- ✓ Αναπόσπαστη και συνεχόμενη παρατήρηση και καταγραφή της αναπνευστικής λειτουργίας, μέχρι να κριθεί ικανός ότι μπορεί να αναλάβει μόνος του την αναπνευστική λειτουργία. Ο νοσηλευτής ελέγχει:
 1. Αν αναπνέει σωστά και ρυθμικά.
 2. Διαρκώς ανοιχτός αεραγωγός.
 3. Αν υπάρχουν συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας (κυάνωση, αργή ή επιπόλαια αναπνοή, θορυβώδης.)
 4. Διόρθωση υποθερμίας γιατί καταναλώνεται παραπάνω οξυγόνο.
 5. Να προσέχει το ενδεχόμενο εισρόφησης. Σε περίπτωση εμέτου, αλλάζουμε θέση στον άρρωστο με το κεφάλι στο πλάι και του προσφέρουμε νεφροειδές. Μένουμε κοντά του διαρκώς.
 6. Χορήγηση οξυγόνου αν χρειαστεί.

- ✓ Παρατήρηση και καταγραφή της κυκλοφορίας:
 1. Μέτρηση σφίξεων.
 2. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης με: περιφερικά με χρήση σφυγμόμετρου και κεντρικά με μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης με καθετηριασμό κεντρικού αγγείου.
 3. ΗΚΓ.
 4. Έλεγχος κυκλοφορίας του αίματος. Επαρκής: ζεστό και στεγνό δέρμα. Η ΑΠ συστολική πάνω από 100mmHg, Σφύξεις 60-100/λεπτό. Ανεπαρκής: κρύο και ωχρό δέρμα, αλλαγή επιπέδου συνείδησης, Σφύξεις κάτω από 60/λεπτό.
- ✓ Παρακολούθηση τραύματος και παροχετεύσεων για αιμορραγία.
- ✓ Μέτρηση και καταγραφή Ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών.
- ✓ Κινητικότητα: ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να ξυπνήσει και να πάρει βαθιές εισπνοές και να βήχει όπου χρειάζεται. Τον διδάσκουμε σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων. Τον τοποθετούμε σε ημικαθιστική θέση όσο πιο γρήγορα είναι εφικτό. Συχνή αλλαγή θέσης σε ηλικιωμένους ασθενείς.
- ✓ Καθετήρας ουροδόχου κύστης-μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών.
- ✓ Έλεγχος θερμοκρασίας: ανίχνευση τυχόν φλεγμονής, εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας, υποθερμίας και ασυμβατότητας αίματος.
- ✓ Παρακολούθηση και καταγραφή επιπέδου συνείδησης. Υπάρχουν 4 μεταναισθητικά επίπεδα:
 1. Ξυπνητός: άρρωστος ζωηρός με πλήρη συνείδηση και μάτια ανοιχτά.
 2. Ζαλισμένος: άρρωστος με κλειστά μάτια αλλά με συμμετοχή.
 3. Μπορεί να ξυπνάει: άρρωστος που κοιμάται αλλά ξυπνάει στο άκουσμα του ονόματός του.
 4. Σε κόμα: άρρωστος που δεν αντιδρά στα ερεθίσματα.

Ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράφει τον προσανατολισμό του αρρώστου στο χώρο, το τόπο και τον χρόνο. Επίσης στο σημείο αυτό, ο νοσηλευτής οφείλει να παρακολουθεί και την αισθητικότητα του αρρώστου και να τα καταγράφει σε δελτίο νευρολογικού ελέγχου.

- ✓ Παρακολούθηση αρρώστου για πόνο, χρησιμοποιώντας κάποια κλίμακα καταγραφής, πχ την έκφραση του προσώπου ανάλογα με την ένταση του πόνου που αισθάνεται.
- ✓ Παρακολούθηση αρρώστου για Μετεγχειρητικές Επιπλοκές: οι επιπλοκές μπορεί να καθυστερήσουν την ανάνηψη και αν είναι πολύ σοβαρές να οδηγήσουν τον ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

5.2. Παρακολούθηση Ασθενών στην Ανάνηψη.

Στην αίθουσα της ανάνηψης έχει, εκτός από το monitoring των ζωτικών σημείων και την παρακολούθηση για επεισόδια υποοξυγοναιμίας, τα οποία στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Σύμφωνα με μελέτη, που πραγματοποιήθηκε με δείγμα μεγάλο αριθμό χειρουργικών ασθενών, με τη συνεχή χρήση του σφυγμικού οξύμετρου τα επεισόδια της υποοξυγοναιμίας μειώθηκαν τόσο σε αριθμό και όσο σε βαρύτητα. Επίσης μια άλλη μεγάλη μελέτη στην Αυστραλία όπου παρακολούθηθηκαν περιστατικά κατά την αναισθησία, αναφέρει το 88 % των αναφερθέντων ατυχημάτων ανιχνεύθηκαν έγκαιρα με το σφυγμικό οξύμετρο, το οποίο ήταν το monitor που πρώτο εντόπιζε αναπνευστικά περιστατικά πριν αυτά φτάσουν να προκαλέσουν κάποια οργανική βλάβη.²⁷

Στην ίδια μελέτη, δίνεται συμπέρασμα ότι η ύπαρξη ΑΑ στελεχωμένης με ικανοποιητικό αριθμό κατάλληλα εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και η δυνατότητα σύνδεσης κάθε ασθενούς με σφυγμικό οξύμετρο, τουλάχιστον μέχρι την επάνοδο των προστατευτικών αντανεκλαστικών, εγγυώνται ασφαλή μετεγχειρητική φροντίδα. Η παρακολούθηση του ασθενούς στην ΑΑ κλινικά και με τη βοήθεια monitors ταξινομείται με βάση την αξιολόγηση: του αεραγωγού, της αναπνοής, της οξυγόνωσης, της κυκλοφορίας, του επιπέδου συνείδησης.²⁷

Αξιολόγηση Αεραγωγού.

Η εξασφάλιση της βατότητας του αεραγωγού αποτελεί ίσως την πιο σημαντική φροντίδα της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου. Ο αεραγωγός και η βατότητά του, αξιολογούνται με την παρακολούθηση σημείων απόφραξης, όπως είναι η θορυβώδης αναπνοή και η παράδοξη αναπνοή. Σε ασθενείς αυξημένου κινδύνου για εισρόφηση, η παροχέτευση των εκκρίσεων μπορεί να αυξηθεί με την τοποθέτηση ενός μαξιλαριού κάτω από το στήθος του ασθενούς στη «θέση αμυγδαλεκτομής». Εφόσον ο ασθενής με μειωμένο επίπεδο συνείδησης πρέπει να παραμείνει σε ύπτια θέση, τότε είναι χρήσιμο να τοποθετείται στοματοφαρυγγικός αεραγωγός. Ένας αναισθησιολόγος πρέπει να είναι ανά πάσα στιγμή διαθέσιμος μέχρις ότου ο ασθενής ανανήψει και μπορεί να υποστηρίξει τον αεραγωγό του για την περίπτωση έντονου λαρυγγόσπασμου, οπότε απαιτείται επαναδιασωλήνωση.²⁸

Αξιολόγηση της Αναπνοής.

Η αναπνοή αξιολογείται με την παρακολούθηση:

- των κινήσεων του θωρακικού τοιχώματος,

- της συχνότητας των αναπνοών,
- της έκπτυξης του κοιλιακού τοιχώματος,
- της ροής του αέρα με την τοποθέτηση της κλειστής παλάμης μπροστά στο στόμα ή τη μύτη του ασθενούς,
- Η βραδύπνοια (αριθμός αναπνοών < 8 αν.min-1) συνήθως οφείλεται σε διεγχειρητική ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών, οπότε και συνοδεύεται από μύση (κόρες σαν την κεφαλή της καρφίτσας). Η βραδύπνοια συνήθως παρέρχεται με την πάροδο του χρόνου, καθώς απομακρύνονται οι αναισθητικοί παράγοντες και ο ασθενής επανακτά τις αισθήσεις του.
- Η ταχύπνοια (αριθμός αναπνοών > 20 αν.min-1) συνήθως οφείλεται σε:
 1. οξέωση,
 2. υποοξυγοναιμία,
 3. υποογκαιμία,
 4. πόνο,
 5. σήψη,
 6. προϋπάρχοντα αναπνευστικά προβλήματα.²⁸

Αξιολόγηση της Οξυγόνωσης.

Η οξυγόνωση μπορεί να αξιολογηθεί κλινικά με την εξέταση του χρώματος του ασθενούς μόνον σε κάποιο βαθμό. Ένα μελανό σκούρο χρώμα γύρω από τα χείλη ή τη γλώσσα θέτει την υπόνοια υποξίας. Η πιστοποίηση όμως αυτή απαιτεί φως ημέρας ή καλής ποιότητας τεχνητό φωτισμό και για αυτό σήμερα πλέον έχει αντικατασταθεί από την πιο αντικειμενική παρακολούθηση με σφυγμικό οξύμετρο.

Αξιολόγηση της Κυκλοφορίας.

Η κυκλοφορία μπορεί να αξιολογηθεί με:

- την ψηλάφηση του σφυγμού, που όταν είναι νηματοειδής και ταχύς υποδηλώνει υποογκαιμία,
- την επισκόπηση και ψηλάφηση των άκρων, που όταν είναι ωχρά ή μελανά και ψυχρά φανερώνουν υποογκαιμία ή υποθερμία φαινόμενο σύνηθες μετά από πολύωρες επεμβάσεις,
- την καρδιακή συχνότητα, που πρέπει να είναι 60-90 σφ.min-1,

- την αρτηριακή πίεση, που όμως δεν είναι αξιόπιστος δείκτης στα αρχικά στάδια της υποογκαιμίας,
- τη διούρηση,
- το επίπεδο συνείδησης,
- βραδυκαρδία,
- ταχυκαρδία.

Διούρηση.

Επί απουσίας νεφρικής βλάβης η ωριαία καταμέτρηση της διούρησης αποτελεί έναν αρκετά ακριβή δείκτη:

- της επάρκειας του ενδοαγγειακού όγκου,
- της αιμοδυναμικής σταθερότητας του ασθενούς,
- της παρουσίας αιμοσφαιρινουρίας, που είναι ένα από τα αρχικά συμπτώματα της αιμολυτικής αντίδρασης στη μετάγγιση αίματος.

Ο συνδυασμός της ολιγουρίας, διούρηση $< 0.5 \text{ ml.kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$, με την αύξηση των σφύξεων και τη μείωση της κεντρικής φλεβικής πίεσης δείχνει τον βαθμό αλληλεξάρτησης της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας με τον ενδοαγγειακό όγκο.

Αξιολόγηση του επιπέδου συνείδησης και του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Το επίπεδο συνείδησης πρέπει να αξιολογείται με την παρακολούθηση των ακόλουθων παραμέτρων που ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της αναισθησίας.

Μετά τη γενική αναισθησία, αξιολόγηση:

- ✓ της επανόδου αντανακλαστικών, όπως του βλεφαριδικού, των προστατευτικών αντανακλαστικών του φάρυγγα και του λάρυγγα, καθώς και της κατάποσης,
- ✓ της ικανότητας εκτέλεσης εντολών,
- ✓ της έναρξης ομιλίας.

Μετά την περιοχική αναισθησία, αξιολόγηση:

- ✓ του ύψους του αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού.^{27,28}

5.3.Γενικά προβλήματα Ασθενών στην Αίθουσα Ανάνηψης.

Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και βρίσκονται σε φάση ανάνηψης και συνέρχονται από τις επιδράσεις της αναισθησίας, έχει περιγραφεί ένα φάσμα πιθανών επιπλοκών και κινδύνων. Η αίθουσα της ανάνηψης είναι ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος που όμως έχουν εκδηλωθεί στα πλαίσια αυτού του χώρου υψηλά ποσοστά επιβλαβών συμβάντων και επιπλοκών, εντούτοις έχει πραγματοποιηθεί μεγάλη βελτίωση στη μετααναισθητική φροντίδα, στα πλαίσια αυτής συμπεριλαμβάνεται η εγρήγορση των αναισθησιολόγων και της πολύ έμπειρης νοσηλευτικής φροντίδας που συνδυάζεται με την εξέλιξη του monitoring και της εφαρμογής των σχετικών προδιαγραφών.²⁹

Ο Jeffrey Cooper, ήταν ο πρώτος που ανέφερε ότι το ένα τρίτο των προβλημάτων που σχετίζονται με την αναισθησία εμφανίζονται στην αίθουσα ανάνηψης, ενώ ένα μέρος από τα υπόλοιπα δύο τρίτα ξεκινούν μεν στην αίθουσα του χειρουργείου αλλά συνεχίζονται στην ΑΑ.

Σε έρευνες έχει βρεθεί ότι ένας στους πέντε ασθενείς με συχνότητα 23.7 % εμφανίζετο μορφή επιπλοκής στην Αίθουσα της Ανάνηψης, ακόμη σε ποσοστό 6.9 % αυτών των ασθενών ευθυνόταν η αδυναμία υποστήριξη του ανώτερου αεραγωγού. Οι διαταραχές που οφείλονται στην άμεση επίδραση της αναισθησίας και της επέμβασης, και οι οποίες πρέπει να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν στην ΑΑ είναι:

Διαταραχές από το αναπνευστικό:

1. απόφραξη αεραγωγού,
2. διαταραχή συχνότητας αναπνοών,
3. διαταραχή βάθους αναπνοών.

Διαταραχές από το κυκλοφορικό και αστάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ), γενικά προβλήματα:

1. πόνος,
2. υποθερμία,
3. ρίγος.

Διαταραχές από το γαστρεντερικό σύστημα \rightarrow ναυτία και έμετος.²⁹

Νευρολογικές διαταραχές και διαταραχές από το ΚΝΣ:

1. ανησυχία, διέγερση,
2. παραλήρημα ή νοητικές διαταραχές.

Νεφρική δυσλειτουργία.

Διαταραχές πήκτικότητας.²⁹

5.4. Κατευθυντήριες Οδηγίες μεταναισθητικής φροντίδας.

Σκοπός της ύπαρξης κατευθυντηρίων οδηγιών μεταναισθητικής φροντίδας είναι η βελτίωση της έκβασης των ασθενών που έχουν λάβει γενική αναισθησία, περιοχική αναισθησία ή καταστολή. Οι οδηγίες αυτές αφορούν συστάσεις για την εκτίμηση του ασθενούς, το monitoring και το μετεγχειρητικό του χειρισμό με στόχο τη βελτιστοποίηση της ασφάλειάς του, την ελάττωση των μετεγχειρητικών ανεπιθύμητων συμβαμάτων και τη βελτίωση της μεταναισθητικής ποιότητας ζωής. Είναι προφανές ότι οι συστάσεις μπορούν να εξατομικεύονται σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

5.5. Κριτήρια εξόδου Ασθενών από την Αίθουσα.

Κάθε αναισθησιολογικό τμήμα πρέπει να εφαρμόζει προκαθορισμένα κριτήρια για την έξοδο των ασθενών από την Αίθουσα της Ανάνηψης. Τα κριτήρια αυτά διαφοροποιούνται όταν ο ασθενής πρόκειται να μεταφερθεί στο νοσηλευτικό τμήμα ή σε μονάδα αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ ή ΜΕΘ), ή όταν πρόκειται για χειρουργείο μίας ημέρας όπου ο ασθενής θα επιστρέψει στο σπίτι του. Τα κριτήρια για τη μεταφορά του ασθενούς από την ΑΑ δεν είναι τυποποιημένα, συνήθως όμως έχουν να κάνουν με:

- την επαναφορά του επιπέδου συνείδησης με πλήρη προσανατολισμό στον χώρο και στον χρόνο,
- την παρουσία σταθερών ζωτικών σημείων για τουλάχιστον 30 λεπτά,
- τη διατήρηση ελεύθερου αεραγωγού με παρόντα τα προστατευτικά αντανακλαστικά του λάρυγγα και του φάρυγγα,
- ικανοποιητική καρδιαγγειακή, πνευμονική και νεφρική λειτουργία,
- την έλλειψη επιλοκών από την εγχείρηση (π.χ. συνεχιζόμενη αιμορραγία),
- την ικανότητα για αναζήτηση βοήθειας αν χρειαστεί.^{30,31}

Για να χαρακτηριστεί επιτυχημένη η έκβαση των ασθενών που βρίσκονται στην αίθουσα της Ανάνηψης βασίζεται αρχικά, στην συνεχόμενη και απρόσκοπτη εκτίμηση και αξιολόγηση, στην έγκαιρη αναγνώριση και φυσικά στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των διάφορων

προβλημάτων και από την άλλη μεριά είναι σημαντική η ανίχνευση των διεγχειρητικών παραγόντων που μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνισή τους. Σε αυτά τα σημεία είναι η αξιολόγηση των ασθενών με κάποια κλίμακα της βαθμολόγησης της ανάνηψης. Η καταλληλότερη, κλίμακα βρέθηκε το 1970 από τον Aldrete και το 1982 έγινε τροποποίηση από τον Cullen, με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στη Μονάδα Μετά-Αναισθητικής Φροντίδας του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης. Η κλίμακα Aldrete βασίζεται στην παρακάτω βαθμολόγηση:

- του αεραγωγού,
- της αναπνοής,
- της συνείδησης,
- της καρδιακής συχνότητας,
- των χαρακτηριστικών του δέρματος,
- της κινητικότητας των άκρων.

Η εφαρμογή της κλίμακας Aldrete δίνει συγκεκριμένες πληροφορίες για τη φυσική κατάσταση του ασθενούς τόσο κατά τη διάρκεια της άφιξης, όσο και κατά τη διάρκεια της παραμονής του στην Αίθουσα της Ανάνηψης. Πριν φύγει ο ασθενής από την Ανάνηψη εξετάζεται από τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο, που συμπληρώνει στο ειδικό διάγραμμα τυχόν σημαντικά συμβάντα σχετικά με την περίοδο ανάνηψης. Πριν την επιστροφή του ασθενούς στον νοσηλευτικό θάλαμο γίνεται πλήρης περιγραφή της διεγχειρητικής και άμεσης μετεγχειρητικής πορείας από τη νοσηλεύτρια της ανάνηψης στη νοσηλεύτρια του τμήματος που τον παραλαμβάνει.^{30,31}

5.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την Αφύπνιση.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αφύπνιση τους ασθενούς από την αναισθησία είναι οι παρακάτω:

- Κατηγορία ασθενών σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά ASA: Οι ασθενείς κατηγορίας ASA III και IV εμφανίζουν μεγαλύτερο αριθμό προβλημάτων και χρειάζονται συνεχή και εντατική παρακολούθηση καθώς και μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στην ΑΑ.
- Διάρκεια της αναισθησίας > 3 ώρες επιβαρύνει τους ασθενείς και προδιαθέτει για την εμφάνιση προβλημάτων.
- Βαρύτητα και είδος χειρουργικής επέμβασης:
 1. μεγάλες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις,

-
2. επεμβάσεις στον θώρακα,
 3. επεμβάσεις στα αγγεία,
 4. νευροχειρουργικές επεμβάσεις.
- Ηλικία του ασθενούς:
 1. νεογνά,
 2. υπερήλικες.
 - Τεχνική αναισθησίας:
 1. γενική,
 2. περιοχική,
 3. συνδυασμένη γενική και περιοχική αναισθησία,
 4. ΕΦ καταστολή.
 - Φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά των εισπνεόμενων αναισθητικών.

Η ταχύτητα αφύπνισης έχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με:

- τον κυψελιδικό υποαερισμό,
- τον συντελεστή διαλυτότητας αίματος-αερίου του πτητικού αναισθητικού, π.χ. η ανάνηψη είναι ταχύτερη μετά από αναισθησία με σεβοφλουράνιο σε σύγκριση με το αλοθάνιο,
- τη συνολική πρόσληψη του πτητικού αναισθητικού από τους ιστούς, που εξαρτάται από τη λιποδιαλυτότητά του, τη μέση εισπνεόμενη συγκέντρωση και τη διάρκεια αναισθησίας. Στην κλινική πράξη η διαφορά στην ταχύτητα αφύπνισης με τα σύγχρονα εισπνεόμενα αναισθητικά είναι αμελητέα και γίνεται εμφανής μόνο μετά από αναισθησία μεγάλης διάρκειας.

Φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά των ενδοφλέβιων αναισθητικών Η ταχύτητα αφύπνισης εξαρτάται από:

- τον χρόνο ημίσειας ζωής για την απομάκρυνση του ενδοφλέβιου αναισθητικού, που εξαρτάται από τον όγκο κατανομής του αναισθητικού στον οργανισμό και τον ρυθμό απομάκρυνσής του από τον οργανισμό με τον μεταβολισμό και την απέκκριση, ο οποίος είναι παρατεταμένος στους ηλικιωμένους, στους νεφροπαθείς και στους ηπατοπαθείς,
- τη συνολικά χορηγηθείσα δόση.

Η ταχύτητα της ανάνηψης επιβραδύνεται από:

-
- την προνάρκωση με φάρμακα που παρατείνουν την αναισθησία, όπως οι βενζοδιαζεπίνες,
 - την προηγούμενη λήψη αλκοόλης και ηρεμιστικών,
 - την προεγχειρητική έλλειψη ύπνου. Για την αδυναμία ή την καθυστέρηση της αφύπνισης μετά από γενική αναισθησία

Κεφάλαιο 6ο

Κεφάλαιο 6^ο-Μετεγχειρητικές Επιπλοκές.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές θεωρούνται οι επιπλοκές εκείνες που τοποθετούνται χρονικά μετά την χειρουργική πράξη, με βασική προϋπόθεσιν να συσχετίζονται αιτιολογικά με το χειρουργείο αυτό. Οι επιπλοκές αυτές διαχωρίζονται σε τοπικές, όταν εντοπίζονται στο σημείο του σώματος που επεμβαίνει ο χειρουργός συγκεκριμένα στο σημείο της τομής και σε συστηματικές, όπου επηρεάζουν τη λειτουργία των διάφορων συστημάτων του οργανισμού, που δεν επηρεάζονται άμεσα από τη νόσο αλλά και από την ίδια την επέμβαση. Όσον αφορά τον χρόνο εγκατάστασής τους σε σχέση με την επέμβαση, χωρίζονται σε άμεσες, όταν εμφανίζονται προ της επούλωσης του τραύματος και σε αψότερες, όταν εγκαθίστανται μετά από την πλήρη αποκατάσταση της λειτουργικότητας του οργανισμού στις συνθήκες που προκύπτουν έπειτα από το χειρουργείο.

6.1.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στο Αναπνευστικό.

Τα πιο συνήθη προβλήματα από το αναπνευστικό κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο είναι:

- η απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού.
- ο κυψελιδικός υποαερισμός,
- η άμεση μετεγχειρητική υποοξυγοναιμία,
- ο λαρυγγόσπασμος και το οίδημα του λάρυγγα.

6.1.1.Μεταναισθητικός Κυψελιδικός Υποαερισμός.

Ο κυψελιδικός υποαερισμός είναι συχνός στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο και διαγιγνώσκεται όταν το PaCO₂ > 45 mmHg. Τα κλινικά σημεία κατακράτησης του διοξειδίου του άνθρακα μπορεί να είναι είτε ταχυκαρδία και υπέρταση, που όμως δεν παρατηρούνται πάντοτε στον μετεγχειρητικό ασθενή, είτε υπνηλία και πτώση του επιπέδου συνείδησης. Γι' αυτό η διάγνωση του κυψελιδικού υποαερισμού στην ΑΑ δεν είναι κλινική αλλά απαιτεί τη μέτρηση του PaCO₂. Αιτίες:

- Κεντρική καταστολή του κέντρου της αναπνοής από:
 1. πτητικά αναισθητικά,
 2. ενδοφλέβια αναισθητικά,
 3. οπιοειδή.
- Περιφερικά αίτια όπως:
 1. πόνος από τη χειρουργική τομή,

2. προϋπάρχουσα αναπνευστική νόσος,
3. ανεπαρκής διέγερση του κέντρου της αναπνοής,
4. πόνος από την χειρουργική τομή,
5. παχυσαρκία κ.α.³²

Αντιμετώπιση:

Η αντιμετώπιση του κυψελιδικού υποαερισμού εξαρτάται από την αιτία του.

- Υπολειπόμενη δράση πτητικών αναισθητικών:
 1. Εάν ο ασθενής μπορεί να αναπτύξει εισπνευστική δύναμη $> - 50$ cmH₂O ενθαρρύνεται να παραμένει σε εγρήγορση και να παίρνει βαθιές αναπνοές.
 2. Εάν ο ασθενής διατηρεί καλό επίπεδο συνείδησης μπορεί να εφαρμοστεί μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός.
 3. Αν δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός, συνεχίζεται ο ελεγχόμενος μηχανικός αερισμός, αφού επαναδιασωληνωθεί ο ασθενής.
- Υπολειπόμενη δράση οπιοειδών Για την αντιμετώπισή της χορηγείται ναλοξόνη 1-4 mcg.kg⁻¹ ΕΦ εάν υπάρχουν σημεία κεντρικής καταστολής από οπιοειδή όπως:
 1. μύση,
 2. αργές και βαθιές αναπνοές. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η διάρκεια δράσης της ναλοξόνης είναι βραχύτερη από αυτή των οπιοειδών με αποτέλεσμα να υπάρχει πιθανότητα επανεμφάνισης του κυψελιδικού υποαερισμού. Για τον λόγο αυτόν συνιστάται η συνεχής ΕΦ έγχυση ναλοξόνης με ρυθμό 5 mcg.kg⁻¹ .h⁻¹ που αναστρέφει την αναπνευστική καταστολή. Στα μειονεκτήματα της ναλοξόνης περιλαμβάνεται η αιφνίδια επαναφορά του πόνου με αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, που εκδηλώνεται με υπέρταση και αρρυθμίες.
- Υπολειπόμενος νευρομυϊκός αποκλεισμός. Εφόσον υπάρχουν κλινικά σημεία υπολειπόμενης δράσης νευρομυϊκών αποκλειστών συνεχίζεται ο μηχανικός αερισμός των πνευμόνων μέχρις ότου η δράση των αποκλειστών αναστραφεί, είτε αυτόματα είτε με μια επιπλέον δόση αντιχολινεστερασικών φαρμάκων ή sugammadex.³²

6.1.2.Άμεση Μετεγχειρητική Υποξυγοναιμία.

Ως άμεση μετεγχειρητική υποξυγοναιμία ορίζεται η ελαττωμένη οξυγόνωση μετά τη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία, όταν η μερική τάση του οξυγόνου (PaO₂) είναι < 60 mmHg ή ο κορεσμός του αίματος σε οξυγόνο (SpO₂) είναι < 90 %. Η υποξυγοναιμία

συνιστά σοβαρή επιπλοκή, καθώς με αυτά τα επίπεδα οξυγόνωσης μπορεί εύκολα να προκύψει ιστική υποξία.³²

6.1.3.Λαρυγγόσπασμος και οίδημα Λάρυγγα.

Η εμφάνιση λαρυγγόσπασμου κατά την αφύπνιση από τη γενική αναισθησία συνήθως οφείλεται σε ερεθισμό του ανώτερου αεραγωγού από εκκρίσεις ή χειρισμούς (π.χ. την τοποθέτηση ενός στοματοφαρυγγικού αεραγωγού, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ελαφρύ επίπεδο αναισθησίας). Οι κατευθυντήριες οδηγίες από την Εταιρεία Διαχείρισης Δύσκολου Αεραγωγού για την αποδιασωλήνωση των ασθενών περιλαμβάνουν και τον αλγόριθμο αντιμετώπισης του λαρυγγόσπασμου που έχει ως εξής:³³

- Κλήση Ιατρικής Βοήθειας.
- Συνεχής εφαρμογή θετικών πιέσεων στους αεραγωγούς με 100 % συγκέντρωση οξυγόνου.
- Χορήγηση χαμηλής δόσης προποφόλης.
- Χορήγηση ατροπίνης για την αντιμετώπιση βραδυκαρδίας, αν χρειαστεί.
- Χειρουργικός αεραγωγός σε ακραίες περιπτώσεις και άλλα.³⁴

6.2.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στο Κυκλοφορικό.

Οι βασικές επιπλοκές από το κυκλοφορικό σύστημα κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο είναι:

1. η υπόταση,
2. η υπέρταση,
3. οι αρρυθμίες.³²

6.2.1.Μετεγχειρητική Υπόταση.

Η διάγνωση της μετεγχειρητικής υπότασης στην Αίθουσα Ανάνηψης περιλαμβάνει τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Υποογκαιμία που είναι η συνηθέστερη αιτία υπότασης και οφείλεται σε:
 1. απώλεια αίματος με ανεπαρκή αντικατάσταση του ενδοαγγειακού όγκου,
 2. συνεχιζόμενη απώλεια υγρών στον διάμεσο χώρο,
 3. υπολειπόμενη δράση αναισθητικών φαρμάκων επί παρουσίας υποογκαιμίας, που μειώνουν την αντιρροπιστική περιφερική αγγειοσύσπαση με άμεση εκδήλωση την πτώση της αρτηριακής πίεσης.

- Καρδιογενή αίτια, όπως:
 1. οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου,
 2. ελαττωμένη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου, λόγω ισχαιμίας,
 3. ταχυαρρυθμίες, βραδυαρρυθμίες.
- Αναπνευστικά αίτια, όπως:
 1. πνευμονική εμβολή,
 2. πνευμοθώρακας.
- Φαρμακολογικά αίτια που προκαλούν μυοκαρδιακή καταστολή ή περιφερική αγγειοδιαστολή, όπως:
 1. οπιοειδή,
 2. ηρεμιστικά, αγγειοδιασταλτικά,
 3. αντιεμετικά.
- Νευρογενή αίτια: βλάβη στο ΚΝΣ.
- Ενδοκρινικά αίτια: ανεπαρκή έκκριση κορτικοστεροειδών ορμονών.
- Ανακατανομή αίματος, λόγω:
 1. αναφυλακτικής αντίδρασης,
 2. υπολειπόμενης δράσης επισκληριδίου ή ραχιαίας αναισθησίας,
 3. σήψης.³²

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει το σύνδρομο SIRS που χαρακτηρίζεται από περιφερική αγγειοδιαστολή, διαταραχή της τριχοειδικής διαπερατότητας και διαφυγή υγρών από τον ενδοαγγειακό χώρο στον διάμεσο χώρο. Το σύνδρομο αυτό ευθύνεται σε κάποιο βαθμό για την εμφάνιση μετεγχειρητικής υπότασης μετά από σοβαρές κοιλιακές επεμβάσεις σε φλεγμονώδες υπόστρωμα (π.χ. γυναικολογικές, ουρολογικές, στο παχύ έντερο). Η διάγνωση και αντιμετώπιση της υπότασης συνήθως βασίζεται σε απλές μετρήσεις και αντίστοιχα μέτρα, όπως:

- Χαμηλό αιματοκρίτη: όταν συνδυάζεται με αιμορραγία από το τραύμα σημαίνει ατελή χειρουργική αιμόσταση και απαιτεί: χορήγηση αίματος και παραγώγων του, επανεπέμβαση για αιμόσταση.
- Ωριαία διούρηση $< 0.5 \text{ ml.kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$.
- Χαμηλή κεντρική φλεβική πίεση (ΚΦΠ): εφόσον η λειτουργία της αριστερής κοιλίας είναι φυσιολογική, αντανακλά τον μειωμένο ενδοαγγειακό όγκο υγρών.

-
- Χρήση αγγειοσυσπαστικών ή και ινότροπων παραγόντων: σε παρατεταμένη ή σε απειλητική για τη ζωή υπόταση μέχρι να γίνει πλήρης διερεύνηση και διόρθωση του αιτίου. Άμεση αντιμετώπιση πνευμοθώρακα υπό τάση με σωλήνα παροχέτευσης.³²

6.2.2.Μετεγχειρητική Υπέρταση.

Η παρατεινόμενη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας με:

- ισχαιμία του μυοκαρδίου λόγω αυξημένης κατανάλωσης οξυγόνου,
- πνευμονικό οίδημα,
- αρρυθμίες,
- υτόματη εγκεφαλική αιμορραγία. Οι αιτίες της οξείας υπέρτασης στην αίθουσα ανάνηψης είναι:
- έντονος πόνος κατά τα πρώτα 30 min της ανάνηψης μετά την επέμβαση,
- προϋπάρχουσα υπέρταση πριν την επέμβαση (σε ποσοστό ασθενών > 50 %)
- υπερβολική χορήγηση υγρών,
- υποοξυγοναιμία και υπερκαπνία που διεγείρουν το συμπαθητικό σύστημα. Η αντιμετώπιση της οξείας υπέρτασης αρχίζει με τη διερεύνηση και τη διόρθωση της υποκείμενης αιτίας.
- Όταν οφείλεται σε μετεγχειρητικό πόνο, χορηγείται ενδοφλεβίως ένα οπιοειδές μέχρις ότου ανακουφιστεί ο ασθενής.
- Επί αγνώστου αιτιολογίας υπέρτασης που παρατείνεται, χορηγείται ένας ενδοφλέβιος παράγοντας με ταχεία έναρξη δράσης, όπως:
- η λαβηταλόλη, σε διακεκομμένες ΕΦ δόσεις των 5-10 mg,
- η υδραλαζίνη σε διακεκομμένες ΕΦ δόσεις των 5-10 mg,
- σε κακοήθη υπέρταση το νιτροπρωσσικό νάτριο
- σε ΕΦ έγχυση $0.5 \text{ mcg.kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ και
- τιτλοποίηση της έγχυσης ανάλογα με το επιθυμητό επίπεδο της πίεσης.

6.2.3.Μετεγχειρητικές Αρρυθμίες.

Οι συνηθέστερες αρρυθμίες στην ΑΑ είναι:

- Φλεβοκομβική ταχυκαρδία: εμφανίζεται συχνά κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο και μπορεί να οφείλεται σε:

1. υποοξυγοναιμία, που είναι η κύρια αιτία των αρρυθμιών που εκδηλώνονται για πρώτη φορά στην ΑΑ,
 2. υπερκαπνία,
 3. υποογκαιμία,
 4. αναιμία,
 5. πόνο.
- Φλεβοκομβική βραδυκαρδία: που μπορεί να οφείλεται σε:
 1. υποοξυγοναιμία, ειδικά σε νεογνά και βρέφη,
 2. υποθερμία,
 3. χορήγηση αντιχολινεστεράσης για την αναστροφή του νευρομυϊκού αποκλεισμού.
 - Έκτακτες κοιλιακές συστολές: που οφείλονται σε αύξηση της διεγερσιμότητας του μυοκαρδίου από:
 1. υποοξυγοναιμία,
 2. αναπνευστική οξέωση,
 3. ισχαιμία του μυοκαρδίου,
 4. ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιαιμία, υποασβεστιαίμια, υπομαγνησιαίμια).
 - Τοξικότητα από δακτυλίτιδα σε ασθενείς που παίρνουν δακτυλίτιδα.
 - Προϋπάρχουσες αρρυθμίες.³²

Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών αρρυθμιών.

Οι περισσότερες αρρυθμίες που συμβαίνουν κατά την ανάνηψη δεν χρειάζονται άλλη αντιμετώπιση εκτός από την ανάταξη της υποκείμενης αιτίας. Άσχετα από το είδος της αρρυθμίας, προτεραιότητα έχει:

- η εξασφάλιση ελεύθερου αεραγωγού,
- η ικανοποιητική οξυγόνωση. Η αντιμετώπιση των αρρυθμιών με αιμοδυναμικές επιπτώσεις εξαρτάται από την υποκείμενη αιτία, η οποία και πρέπει να ελεγχθεί.

Βραδυκαρδία με αιμοδυναμική αστάθεια:

- Χορήγηση ατροπίνης ΕΦ 500 mcg και επανάληψη αν χρειαστεί μέχρι τη μέγιστη δόση των 3 mg.
- Παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία **à** Χορήγηση:
 - Αδενοσίνης,
 - αμιωδαρόνης,

- εσμολόλης ή άλλου β-αδρενεργικού αναστολέα.
- Κολπική μαρμαρυγή με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση **α** Χορήγηση:
- εσμολόλης ή άλλου β-αδρενεργικού αναστολέα, για έλεγχο της κοιλιακής ανταπόκρισης,
- αμιωδαρόνης για φαρμακευτική ανάταξη σε φλεβοκομβικό ρυθμό.³²

6.3.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

6.3.1.Μετεγχειρητική Ανησυχία και Διέγερση.

Στην Αίθουσα της Ανάνηψης παρατηρείται συχνά η ανησυχία του ασθενούς, η έγκαιρη αντιμετώπιση της οποίας είναι σημαντική για την ασφάλειά του. Συχνά, η διέγερση στην ΑΑ ερμηνεύεται ως ανάγκη για χορήγηση ηρεμιστικών ή αναλγητικών φαρμάκων, η χορήγηση των οποίων χωρίς προηγουμένως να έχει διευκρινιστεί η αιτία της διέγερσης αποτελεί θεραπευτικό λάθος. Οι ακόλουθες είναι οι πιθανές αιτίες διέγερσης ή ανησυχίας.

- Συστημικές διαταραχές, όπως:
 1. υποοξυγοναιμία,
 2. υπερκαπνία,
 3. οξέωση,
 4. εγκεφαλική υποξία λόγω υπότασης, αιμορραγίας, αναιμίας.
- Μετεγχειρητικός πόνος σε ασθενείς που δεν έχουν ανανήψει τελείως και δεν ελέγχουν τις αντιδράσεις τους.
- Προεγχειρητικό άγχος: κυρίως σε νεαρά άτομα που αγωνιούν για τα ευρήματα της επέμβασης καθώς και σε άτομα που φοβούνται τον πόνο.
- Διάταση της κύστης: λόγω κατακράτησης ούρων ή παρουσίας καθετήρα κύστεως (Folley).
- Δράση κεντρικώς δρώντων φαρμάκων, όπως:
 1. η κεταμίνη,
 2. τα αντιχολινεργικά (ατροπίνη, σκοπολαμίνη),
 3. τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά,
 4. οι φαινοθειαζίνες,
 5. τα αντιψυχωσικά,

6. τα αντισταμινικά.

- Διάταση του στομάχου που δεν έχει γίνει αντιληπτή.
- Πιθανός πνευμοθώρακας.

Αντιμετώπιση της διέγερσης στην ΑΑ :

Η αντιμετώπιση της διέγερσης στην ΑΑ περιλαμβάνει:συγκράτηση και καθησυχασμό του ασθενούς,

- χορήγηση αναλγησίας, αν χρειάζεται,
- χορήγηση φυσοστιγμίνης ΕΦ 1-2 mg, κυρίως σε υποψία κεντρικού αντιχολινεργικού συνδρόμου,
- καταστολή με μιδαζολάμη ΕΦ 0.5-2 mg, ή προποφόλη ΕΦ 20-50 mg, εφόσον έχουν αποκλειστεί άλλες θεραπεύσιμες αιτίες όπως ο πόνος ή διαταραχές από τα άλλα συστήματα.

6.3.2.Νευρολογικές Επιπλοκές.

Αν και οι μετεγχειρητικές νευρολογικές επιπλοκές είναι σχετικά σπάνιες, δεν παύουν ωστόσο να υπάρχουν. Είναι σημαντικό οι νευρολογικές αυτές επιπλοκές να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως. Οι κυριότερες αιτίες νευρολογικών επιπλοκών αφορούν:

- Άμεση βλάβη του νευρικού ιστού λόγω:
 1. άμεσου τραυματισμού του νωτιαίου μυελού κατά την εκτέλεση περιοχικής αναισθησίας,
 2. επέμβασης στο περιφερικό ή κεντρικό νευρικό σύστημα,
 3. ατυχηματικής έγχυσης θειοπεντάλης εκτός φλέβας και ερεθισμό νεύρου,
 4. ακατάλληλης τοποθέτησης του ασθενούς πάνω στο χειρουργικό τραπέζι με αποτέλεσμα πίεση των νεύρων.
 5. εγκεφαλική βλάβη με αδυναμία αφύπνισης του ασθενούς.

6.4.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές στη Νεφρική Λειτουργία.

Η φυσιολογική νεφρική λειτουργία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του οργανισμού, καθώς και για τη ρύθμιση της οξεοβασικής ισορροπίας. Οι αναισθησιολόγοι πρέπει να είναι ενήμεροι για τους ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο οξείας νεφρικής βλάβης προκειμένου να προσπαθήσουν να προλάβουν

και να βελτιώσουν τη μετεγχειρητική βλάβη. Ο ορισμός της οξείας νεφρικής βλάβης βασίζεται σε μεταβολές της κρεατινίνης του ορού και στην παραγωγή των ούρων, η οποία συχνά παραγνωρίζεται. Οι μεταβολές της κρεατινίνης του ορού υστερούν κατά 12-24 ώρες τις αλλαγές στη νεφρική λειτουργία, ενώ η ολιγουρία έχει κακή προγνωστική αξία. Κατά συνέπεια, η διάγνωση της οξείας μετεγχειρητικής νεφρικής βλάβης δεν μπορεί να γίνει χωρίς γνώση της προεγχειρητικής τιμής της κρεατινίνης και την παρακολούθηση της διούρησης μέσω καθετήρα κύστεως (Folley) και στη μετεγχειρητική περίοδο για επεμβάσεις μέσης βαρύτητας και άνω. Ωστόσο, κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, η ολιγουρία συχνά είναι απότοκος της φυσιολογικής κατακράτησης νατρίου και ύδατος σε απόκριση στην ιστική βλάβη, τον πόνο και την ήπια υποογκαιμία και υπόταση. Γι' αυτό η σχέση μεταξύ ολιγουρίας και νεφρικής ανεπάρκειας πρέπει να διερευνάται εφόσον συνυπολογιστεί η καρδιαγγειακή υποστήριξη και η αιμοδυναμική αστάθεια. Η μετεγχειρητική ολιγουρία μπορεί ή όχι να σημαίνει οξεία νεφρική βλάβη. Μπορεί να οφείλεται σε απελευθέρωση αντιδιουρητικής ορμόνης λόγω ενδοκοιλιακής υπέρτασης κατά τη λαπαροσκοπική χειρουργική, μηχανικού αερισμού με θετική τελικο-εκπνευστική πίεση, μετεγχειρητικού πόνου ή χειρουργικού stress. Οι πιο πιθανές αιτίες μετεγχειρητικής νεφρικής βλάβης είναι:

- η μειωμένη αιμάτωση, η οποία πρέπει να αξιολογηθεί με την απάντηση στη bolus χορήγηση υγρών,
- η απόφραξη, οι περισσότερες αιτίες της οποίας μπορεί να διαγνωστούν με το υπερηχογράφημα, αν και περιστασιακά το ουροποιητικό σύστημα μπορεί να μην έχει διασταλεί.^{35,36}

Η ενδοκοιλιακή υπέρταση Παρακολούθηση στην Αίθουσα Ανάνηψης 461 (πίεση > 12 mmHg) και το σύνδρομο κοιλιακού διαμερίσματος (πίεση > 20 mmHg) μπορεί να προκληθεί από:

- ασκίτη,
- ενδοκοιλιακή συλλογή αίματος,
- υπερφόρτωση με υγρά,
- οιδηματώδες έντερο,
- ενδοκοιλιακή σήψη.^{35,36}

6.5.Επιπλοκές: Ναυτία και Έμετος.

Η μετεγχειρητική ναυτία και ο έμετος (MNE) αποτελούν πολύ συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από γενική αναισθησία με επίπτωση 20-30 % στον γενικό πληθυσμό, ποσοστό το οποίο αυξάνεται όμως στο 80 % για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου. Τουλάχιστον 1 στους 3 χειρουργικούς ασθενείς εμφανίζει MNE κατά το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο. Η ναυτία και ο έμετος αποτελούν έναν φυσιολογικό αμυντικό μηχανισμό αποβολής από τον οργανισμό των επιβλαβών ουσιών που έχουν εισέλθει από την πεπτική οδό. Ο έμετος είναι ένα περίπλοκο αντανακλαστικό, που προέρχεται από τη συνέργεια του αναπνευστικού, του γαστρεντερικού και του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αντανακλαστικό που βρίσκεται υπό τον έλεγχο του κέντρου του εμέτου και προκαλεί τη βίαιη αποβολή του γαστρικού ή και εντερικού περιεχομένου. Ένα προστάδιο του εμέτου είναι η αναούλα. Η ναυτία είναι μια ακαθόριστη αίσθηση, που δύσκολα εστιάζεται ή περιγράφεται και η οποία προηγείται του εμέτου.^{37,38}

Κεφάλαιο 7ο

Κεφάλαιο 7ο- Νοσηλευτική Διεργασία-Ανάνηψη.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική μέθοδο που κατευθύνει τον νοσηλευτή και τον ασθενή στον αμοιβαίο:

- Προσδιορισμό των αναγκών για νοσηλευτική φροντίδα
- σχεδιασμό και εφαρμογή της φροντίδας
- Εκτίμηση και την αξιολόγηση αποτελεσμάτων.

7.3.1.Ολιστική νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Άνδρας 22 ετών εισάγεται στο νοσοκομείο για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση λόγω τραύματος της γαστροκνημίας από γυαλί, με συνοδό διατομή του κνημιαίου νεύρου, του οπίσθιου κνημιαίου τένοντα, του μακρού καμπτήρα του μεγάλου δακτύλου και του έσω τμήματος της γαστέρας του γαστροκνημίου μυός. Ο άρρωστος θα υποβληθεί σε χειρουργείο για την αποκατάσταση της βλάβης, αποτελεί ασθενή με κατηγορίας κατά ASA I.

✓ Ατομικές Πληροφορίες Ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο: Βασίλης Παπαδόπουλος.

Ηλικία: 22.

Φύλλο: Άρρεν.

Ασφαλιστικός φορέας: ΕΟΠΥΥ.

Θρησκεία: Χριστιανός Ορθόδοξος.

Επάγγελμα: Φοιτητής Βιβλιοθηκονομίας.

Καταγωγή: Αθήνα.

Τόπος κατοικίας: Κέρκυρα.

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος.

Ημερομηνία εισόδου: 15/6/2016.

✓ Νοσηλευτικό Ιστορικό:

Ο ασθενής είναι 22 ετών με σωματικό βάρος 82 κιλά και ελεύθερο ιατρικό ιστορικό ακόμη δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και εμφανίζει καλή φυσική κατάσταση και ελεύθερη κινητικότητα. Επίσης, η επέμβαση είναι προγραμματισμένη και ρουτίνας.

▼ Αίτια Εισόδου:

Επέμβαση αποκατάστασης βλάβης.

▼ Οικογενειακό ιστορικό:

Πατέρας: αποθανόντας από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Μητέρα: καλή γενική υγεία.

▼ Ατομικό ιστορικό ασθενούς:

Παρόντα νοσήματα: Υπερθυρεοειδισμός ρυθμισμένος.

Παρελθόντα νοσήματα: Παιδικές Ασθένειες.

Εμβόλια: BCG, πολιομυελίτιδας.

Αλλεργίες: Αλλεργία στοιώδιο.

Χειρουργικές επεμβάσεις: Σκωληκοειδεκτομή

Χρήση απαγορευμένων ουσιών: Όχι

Χρήση αλκοόλ: Περιστασιακά

Καπνιστής: Όχι

▼ Ζωτικά σημεία:

Θερμοκρασία: 36,6°C

Αρτηριακή Πίεση: 130/72 mmHg

Αναπνοές: 17/min

Σφίξεις: 82 bpm/min

SpO₂: 95%.

▼ Κλινικές παρατηρήσεις:

Κινητικότητα: φυσιολογική

Διανοητική & Ψυχική κατάσταση: φυσιολογική

Ομιλία: φυσιολογική

Ακοή: φυσιολογική

Αναπνευστικό: καλή κατάσταση

Μυοσκελετικό: Δεν αναφέρει αρθρίτιδα, μυϊκούς πόνους, κράμπες, οσφυαλγία ή άλλες διαταραχές.

Καρδιαγγειακό: Δεν αναφέρει διαταραχές.

Ενδοκρινολογικό: υπερθυρεοειδισμό/υποθυρεοειδισμός ρυθμισμένος.

Γενετικό – Αναπαραγωγικό: Δεν αναφέρει αφοροδίσια νοσήματα, ή άλλες διαταραχές.

Πεπτικό: Δεν αναφέρει πεπτικά προβλήματα.

Εμετοί: όχι

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

▼ Τελική Εκτίμηση-Προγραμματισμός.

Η χειρουργική επέμβαση στέφθηκε με επιτυχία. Η βλάβη λόγω τραύματος της γαστροκνημίας από γυαλί, με συνοδό διατομή του κνημιαίου νεύρου, του οπίσθιου κνημιαίου τένοντα, του μακρού καμπτήρα του μεγάλου δακτύλου και του έσω τμήματος της γαστέρας του γαστροκνημίου μυός, αποκαταστάθηκε πλήρως. Αυτή τη στιγμή, ο ασθενής με συνοδεία του νοσηλευτή κίνησης και του υπεύθυνου αναισθησιολόγου μεταφέρεται στην Αίθουσα της Ανάνηψης όπου θα αναλάβει την μετεγχειρητική φροντίδα του, το νοσηλευτικό προσωπικό της ανάνηψης. Ο αναισθησιολόγος ενημερώνει τον υπεύθυνο νοσηλευτή για την έκβαση της επέμβασης και τα αποτελέσματα αυτής. Επίσης ενημερώνει για την γενικότερη κατάσταση του αρρώστου δίνοντας κατευθυντήριες μετεγχειρητικές πληροφορίες.

7.3.2. Πίνακας Νοσηλευτικής Διεργασίας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ναυτία-Έμετος.	Ανακούφιση από την Ναυτία.	Αλλαγή θέσης ασθενούς, τοποθέτηση νεφροειδούς και χορήγηση αγωγής για την καταστολή συμπτωμάτων.	Νεφροειδούς και αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Μετά από μερικές ώρες ο ασθενής ανακουφίστηκε από την αίσθηση ναυτίας.
Ρίγος.	Ανακούφιση από το ρίγος με τη χορήγηση οξυγόνου και θερμαντικών σωμάτων.	Έλεγχος θερμοκρασίας ασθενούς και τοποθέτηση θερμαντικών σωμάτων.	Τοποθέτηση θερμαντικών σωμάτων και χορήγηση οξυγόνου.	Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα και η θερμοκρασία του ρυθμίστηκε.
Διέγερση.	Ο ασθενής εμφανίζεται διεγερτικός πιθανότατα.	Καθησυχασμός ασθενούς.	Συγκράτηση και καθησυχασμός του ασθενούς, χορήγηση αναλγησίας, αν κριθεί απαραίτητο.	Θετική έκβαση και αναστολή διέγερσης.
Μετεγχειρητικός κυψελιδικός υποαερισμός.	Ανακούφιση προβλήματος και εντοπισμός αιτιών.	Χορήγηση αναλγητικών, ο πόνος προκαλεί επιπόλαιες και γρήγορες αναπνοές.	Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Η αναπνευστική λειτουργία επανήλθε στα φυσιολογικά.
	Αντιμετώπιση	Χορήγηση (iv)	Χορηγήθηκαν υγρά.	

Καταβολή.	καταβολής.	υγρών για ενίσχυση του οργανισμού.		Η καταβολή αντιμετωπίστηκε.
Ψυχολογικά προβλήματα, άγχος.	Στήριξη ασθενούς.	Εφαρμόζουμε ψυχολογική στήριξη.	Διδασκαλία ασθενούς και στήριξη.	Ανάκαμψη ασθενούς.

Συμπεράσματα

Ο μετεγχειρητικός ασθενής χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση από το νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι νοσηλευτές στο χειρουργικό τμήμα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την έκβαση και την εξέλιξη της πορείας της υγείας του ασθενούς.

Ο χειρουργικός νοσηλευτής έχει πολύπλευρο καθήκον, καθώς βοηθά τον αναισθησιολόγο στην διάρκεια του ελέγχου και της εφαρμογής και της αναισθησίας. Ακόμη, είναι εργαλειοδότης κατά τη διάρκεια της επέμβασης και οφείλει να είναι συγκεντρωμένος και απρόσκοπτος. Επίσης, υπάρχει και ο νοσηλευτής κυκλοφορίας που είναι υπεύθυνος για τη χειρουργική αίθουσα, τις προσθήκες υλικών και την γραφειοκρατία που προηγείται και ακολουθεί την επέμβαση.

Στην εργασία γίνεται εκτενής αναφορά για το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στην αίθουσα της ανάνηψης, τα καθήκοντά του και τη σπουδαιότητα για την αποφυγή αλλά και την δραστική αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν μετά από ένα χειρουργείο.

Συμπερασματικά, γίνεται αντιληπτό ότι το νοσηλευτικό λειτούργημα και καθήκον ορίζει σε πολλές εκφάνσεις ενός νοσοκομείου, μιας κλινικής σε μεγάλο βαθμό της εξέλιξη και την εύρυθμη λειτουργία του θεσμού. Η αίθουσα της ανάνηψης αποτελεί μια πρόκληση και απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό με βαθιές γνώσεις, αμέριστο ενδιαφέρον για τον πάσχοντα συνάνθρωπο και προσήλωση στο σκοπό της φροντίδας που παρέχουν.

Βιβλιογραφία

1. Explications for Perioperative Nursing in Standards, Recommended Practices and guidelines. AORN, 2005.
2. ANA Code for nurses with interpretive statements- Explications for perioperative nursing in Standards, Recommended Practices and guidelines. AORN, 2002.
3. <http://www.onedaysurgery.net/>
4. Η παροχή ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδα στα Ασκληπιεία της αρχαίας Ελλάδας Αντώνης Χατζηνικολάου Νεκταρία, Σκανδαλάκη Νοσηλευτική 2007, 46(3):326–334.
5. www.ellinikoarxeio.com
6. Σαπουντζή Κρέπια Δ., Οι ιστορικές καταβολές της ελληνικής Νοσηλευτικής, Νοσηλευτική 2001, 41(2), 129-137.
7. Ραφτόπουλος Β., Ραφτόπουλος Α., Κοτρώτσιου Ε., Παραλίκας Θ. «Προσέγγιση της συμβουλευτικής διάστασης του νοσηλευτή εκπαιδευτή». Νοσηλευτική, 42, 1, 97-109 Ιανουάριος Μάρτιος 2003.
8. Rovithis M. Theory of nursing empathy in King's social system. January-March. 9th issue. ICUs Nursing Web Journal, 2002.
9. Mischo-Kelling M. & Wittneben K. Pflegebildung und Pflege theorien. München-Wien-Baltimore, Urban und Schwartzberg, 1995.
10. www.eorna.eu. http://www.sydnnox.gr/articlefiles/downloads/eorna_competences_gr.pdf f, Μετάφραση στα Ελληνικά και επιμέλεια απόδοσης: Λαμπριανίδου Ε, Τάνη Σ, Κουτελέκος Ι.
11. Stevens KR, Pugh JA. Evidence-based practice and perioperative nursing. Semin Perioper Nurs. 1999; 8(3):155-9.
12. Kleinbeck S. Dimensions of perioperative nursing for a national specialty nomenclature. Journal of Advanced Nursing. 2008;31(3):529-535.
13. American Society of PeriAnesthesia Nurses (2004). Standards, recommended practices, and guidelines. Denver: Author.
14. McEwen, D. (2002). Ambulatory surgery. In M.H. Meeker & J.C. Rothrock (Eds). Alexanders care of the patient in surgery (12th ed.). St.Louis: Mosby.
15. Α. Βασιλειάδου. (2008). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα. Τόμος 1ος . 5η έκδοση. Εκδόσεις: Βήτα.
16. Ebersole, P., Hess, P., & Luggen, A. (2004). Toward healthy aging: Human needs and nursing response (6th Ed.). St. Louis: Mosby.

-
17. Ζαχαρής Αλέξανδρος, Καμπουρέλλη Αικατερίνη, Περιεγχειρητική Εκπαίδευση Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Καρδιοχειρουργική Επέμβαση φροντίδας. Το βήμα του Ασκληπιού, 10ος Τόμος, 2ο Τεύχος, Απρίλιος-Ιούνιος 2011.
 18. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals, The New England Journal of Medicine, 2002; 346:1715-1722, 30 Μαΐου 2002.
 19. Λαχανά Ε, Κοτρώτσιου Ε. Διαφοροποίηση και διασφάλιση ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας. Νοσηλευτική 2002, 3: 288-294.
 20. Καραμπότσου Σ. Αποτελεσματική αξιοποίηση προσωπικού. Πρακτικά 6^{ης} Ημερίδας του Τομέα Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2003.
 21. http://enne.gr/vasiki_nosileftiki/files/assets/basic-html/page27.html
 22. http://the-lancet.blogspot.gr/p/blog-page_31.html
 23. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF et al American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology 2013;118:291-307.
 24. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate Post-anaesthesia Recovery 2013. London. https://www.aagbi.org/sites/default/files/immediate_postanaesthesia_recovery_2013.pdf.
 25. Checketts MR, Alladi R, Ferguson K, et al. Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery 2015: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Anaesthesia 2015 doi:10.1111/anae.13316.
 26. . European Board of Anaesthesiology (EBA) recommendations for minimal monitoring during Anaesthesia and Recovery. 2012. http://anaesthesiology.gr/media/File/pdf/Uems/EBA_Recommendations_for_minimal_monitoring_during_Anaesthesia_and_Recovery.pdf.
 27. Moller JT, Johannessen NW, Espersen K, et al. Randomized evaluation of pulse oximetry in 20,802 patients: II. Perioperative events and postoperative complications. Anesthesiology 1993; 78: 445-53.
 28. Van der Walt JH, Webb RK, Osborne GA, et al. Recovery room incidents in the first 2000 incident reports. Anesth Intens Care 1993; 21:650-652.
 29. Hines R, Barash PG, Watrous G, et al. Complications occurring in the postanesthesia care unit: a survey. Anesth Analg 1992;74(4):503-509.

-
30. Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg* 1970;49:924-934.
 31. Cullen DJ, Nemeskai AR, Cooper JB, et al. Effect of pulse oximetry, age and physical status on the frequency of patients admitted unexpectedly to a postoperative intensive care unit and the severity of their anesthesia related complications. *Anesth Analg* 1992;74:181-188.
 32. Lewis SR, Nicholson A, Smith AF, Alderson P. Alpha-2 adrenergic agonists for the prevention of shivering following general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;10:8:CD011107. doi: 10.1002/14651858.CD011107.pub2.
 33. Gavel G, Walker RWM. Laryngospasm in anaesthesia. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain J* 2014;14:47-51.
 34. Popat M, Mitchell V, Dravid R, et al, for the Difficult Airway Society Extubation Guidelines Group. Difficult Airway Society Guidelines for the management of tracheal extubation. *Anaesthesia* 2012;67:318–340.
 35. Acute Kidney Injury Work Group. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney International* 2012;2(Suppl.):1- 138.
 36. Golden D, Corbett J, Forni LG. Peri-operative renal dysfunction: prevention and management. *Anaesthesia* 2016;71(Suppl 1):51-57. doi: 10.1111/anae.13313.
 37. Gan TJ. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2006;102:1884-1898.
 38. Watcha MF, White PF. Postoperative nausea and vomiting: its etiology, treatment and prevention. *Anesthesiology* 1992;77:162-184.