

Nr. 12.588 din 19.05.2022

TEHNICI DE POZITIONARE IN PAT, MOBILIZARE, TRANSPORT SI INSOTIRE A PACIENTILOR DE CATRE BRANCARDIERI

1. POZIȚIA PACIENTULUI IN PAT

Datorită stării sale sau terapiei, pacientul în pat poate să se afle într-o poziție activă, pasivă sau forțată.

Poziția activă – este cea a pacienților aflați în stare bună, care sunt mobili și nu au nevoie de ajutor pentru a se mișca.

Poziția pasivă – este poziția pacienților aflați în stare gravă, lipsiți de forța fizică, care au nevoie de ajutor pentru orice mișcare.

Poziția forțată – este determinată de boală sau tratament.

1.1. POZIȚII IN DECUBIT

Se înțelege prin decubit atitudinea unui corp întins pe un plan orizontal, atitudine care poate fi în:

Decubit dorsal orizontal

- pacientul este așezat pe spate fără pernă, cu membrele inferioare întinse și picioarele menținute în unghi drept.

Decubit dorsal

- cu una sau două perne sub cap.



Decubit lateral

- pacientul este culcat pe o parte, cu o pernă sub cap;
- pacientul se sprijină pe umăr și braț. Membrul inferior care vine în contact cu suprafața patului este întins, iar celălalt îndoit. Decubitul lateral trebuie schimbat în mod regulat, regiunea trohanteriană fiind expusă cu ușurință la escare.



Decubit ventral

- pacientul este culcat pe abdomen fără pernă, cu capul întors într-o parte, brațele fiind întinse de-a lungul corpului sau flectate, așezate la stânga și la dreapta capului, cu partea palmară pe suprafața patului. Această poziție este recomandată pentru toți pacienții inconștienți, asigurând permeabilitatea căilor aeriene superioare, împiedicând căderea limbii, iar în cazul vărsăturilor dă posibilitatea eliminării acestora la exterior.



Poziția șezand

- este acea poziție în care bolnavul este menținut șezând în patul său, prin realizarea unui unghi de 45° cu ajutorul somierei articulate, sau în paturile cu somieră rigidă cu ajutorul rezemătorului de spate al pernelor.
- pentru ca pacientul să se mențină fără efort în această poziție, ambele sunt în semiflexie pe coapse, sub genunchi se plasează un sul, cu precauție, pentru a nu favoriza staza venoasă.
- pentru cardiaci se pune sub fiecare antebraț câte o perniță care să realizeze un plan înclinat, astfel încât mâinile să fie mai ridicate decât coatele, pentru a ușura circulația venoasă.

Poziția semișezand

- se realizează sprijinindu-se spatele bolnavului cu două perne. Ca și poziția șezândă, ușurează respirația, circulația, ambele fiind interzise bolnavilor cu tulburări de deglutiție, comatoșilor, în cursul anesteziei generale.



Poziția cu gambalet atarnate

- este specifică bolnavilor cu insuficiență cardiacă, și se realizează la marginea patului din poziția șezândă;
- sub picioarele bolnavului se așează un taburet.

Poziția șezandă în fotoliu

- bolnavul este așezat confortabil în fotoliu și bine acoperit. Va fi îmbrăcat comod pentru a facilita circulația.



1.2. POZIȚII INCLINATE

Poziția declivă (Trendelenburg)

- această poziție cu capul coborât se obține prin ridicarea extremității distale a patului.
- poziția este indicată în anemii acute grave, hemoragii ale membrelor inferioare și ale organelor genitale și pentru a favoriza eliminarea secrețiilor din căile respiratorii superioare.

Poziția proclivă sau poziția oblică

- cu capul mai sus, se obține prin ridicarea extremității proximale a patului.

Poziția ginecologică

- se realizează în pat sau pe masa de examinare, culcând bolnava pe spate, cu genunchii îndepărtați și coapsele flexate pe abdomen.

Poziția genupectorală

- se așează pacientul în genunchi, aceștia fiind ușor îndepărtați, pieptul atinge planul orizontal, iar capul este într-o parte.

2. MOBILIZAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII:

- Prevenirea complicațiilor;
- Stimularea tonusului fizic și psihic.

PREGĂTIREA MATERIALELOR:

- Cadru mobil;
- Agățători;
- Baston;
- Cârje.



PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) Psihică:

- Anunțați pacientul și descrieți mișcările care se vor face;
- Evaluați resursele fizice ale pacientului.

b) Fizică:

- Ajutați pacientul să se îmbrace corespunzător.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Consultați echipa medicală (medicul, asistentul medical) privind tipul de mobilizare și durata.

1. Mobilizarea pasivă:

- Faceți mișcări de flexie și rotație ale capului;
- Continuați să faceți exerciții ale membrelor superioare și inferioare prin mișcări de flexie, extensie, abducție, adducție, supinație și pronație - mobilizați toate articulațiile cu blândețe;
- Comunicați cu pacientul pentru a afla dacă are dureri și observați faciesul;
- Masați membrele în sensul circulației de întoarcere.

2. Ridicarea în poziție șezând:

a) În pat

- Ajuțați pasiv pacientul să se ridice și sprijiniți-l cu perne sau folosiți rezeșătorul mobil;
- Montați deasupra patului o agățătoare mobilă și stimulați pacientul să se ridice, sprijinindu-l cu perne dacă este necesar.

b) La marginea patului:

- Executarea de către o singură persoană:
 - Introduceți o mână sub regiunea omoplaților, iar cealaltă sub regiunea poplitee;
 - Dacă este cazul rugați pacientul să se prindă de gâtul dumneavoastră;
 - Rotați picioarele pacientului într-un unghi de 90° și lăsați-le să atârne ușor la marginea patului;
 - Observați faciesul pacientului.
- Executarea de către 2 persoane:
 - Așezați-vă spre capul pacientului și introduceți mâinile sub omoplați;
 - Rugați ajutorul să introducă mâinile sub regiunea poplitee;
 - Sincronizați mișcările și ridicați spatele pacientului rotind picioarele cu 90° și aduceți-le la marginea patului;
 - Mențineți pacientul în această poziție - la început câteva minute, apoi creșteți treptat timpul;
 - Reașezați pacientul pe pat, executând mișcările în sens invers.

c) Așezarea pacientului în fotoliu

- Așezați pacientul la marginea patului;
- Oferiți pacientului papucii;
- Așezați fotoliul cu rezeșătoarea laterală lipită de marginea patului;
- Așezați-vă în fața pacientului și introduceți mâinile sub axile, rugându-l să țină capul întors într-o parte;
- Dacă aveți ajutor, așezați-vă de o parte și de alta a pacientului;
- Prindeți fiecare pacientul pe sub axilă și ridicați-l în picioare;
- Rotați pacientul cu spatele spre fotoliu și așezați-l cu grijă în fotoliu;
- Acoperiți pacientul cu un pled dacă situația o cere (temperatură mai scăzută în încăperea);
- Reașezați pacientul în pat executând mișcările în sens invers.

d) Ridicarea pacientului în poziție ortostatică

- Repetați mișcările de aducere a pacientului în poziție șezând, cât mai aproape de marginea patului;
- Așezați-vă de o parte a pacientului și sprijiniți-l de sub axile;
- Ridicați pacientul în picioare;
- Observați faciesul pacientului și mențineți-l în ortostatism câteva minute;
- Întrebați pacientul dacă se simte bine;
- Așezați pacientul pe pat dacă acuză amețeli;
- Reașezați pacientul pe pat executând mișcările în ordine inversă.

e) Efectuarea primilor pași

- Întrebați echipa medicală (medicul, asistentul medical) dacă pacientul se poate deplasa;
- Ridicați pacientul mai întâi în poziție șezând cât mai aproape de marginea patului și apoi în ortostatism;
- Sprijiniți pacientul de braț și apoi ajutați-l să facă primii pași prin salon;
- Creșteți distanța de deplasare în funcție de recomandarea medicală;

- Oferiți pacientului un cadru mobil dacă starea generală îi permite să se deplaseze singur;
- Supravegheați pacientul în timpul deplasării;
- Încurajați pacientul să se ridice și să se deplaseze pe măsură ce starea generală permite.

INGRIJIREA PACIENTULUI DUPĂ EFECTUAREA PROCEDURII:

- Observați starea pacientului;
- Așezați pacientul în poziție comodă;
- Întindeți lenjeria pentru a preveni apariția escarelor.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ:

- Așezați materialele folosite la locurile de depozitare;
- Spălați mâinile.

3. TRANSPORTUL ȘI INȘOȚIREA PACIENȚILOR

Mijloace de transport

În funcție de gravitatea afecțiunii, de scopul transportului, de distanță, transportul se face cu:

- brancarda (targa);
- cărucior;
- fotoliu și pat rulant;
- cu mijloace improvizate în caz de urgență;
- cu vehicule speciale: autosalvări, avioane sanitare.



Pregătiri:

Transportul cu targa

- Pregătirea tărgii:
 - targa se acoperă cu o pătură și cu un cearceaf, la nevoie, se acoperă cu mușama și aleză, pernă subțire.
- Așezarea pacientului pe targă:
 - pacientul va fi așezat cu privirea în direcția mersului (trebuie să vadă unde merge)
 - la urcatul scărilor, brancardierul din urmă va ridica până la nivel orizontal. Dacă panta este prea accentuată, se poate duce pacientul la urcuș, cu capul înainte.
 - de asemenea, dacă pacientul trebuie supravegheat tot timpul, este mai bine ca acesta să fie dus cu capul înainte, pentru ca, stând față în față cu brancardierul, să poată fi supravegheat.
 - în principiu, pacientul va fi prins de partea sănătoasă.
- Execuția:
 - targa este ținută de cele două extremități de către doi brancardieri, doar de câte un singur mâner astfel încât targa să atârne de-a lungul marginii patului;
 - așezarea pacientului pe targă necesită trei persoane: acestea se vor așeza de-a lungul patului de partea tărgii atârdate.

- cele 3 persoane își introduc mâinile, cu palma și degetele întinse, sub pacient, astfel:
- prima: susține capul și toracele, sprijinind ceafa pacientului pe antebraț;
- a doua : sprijină pacientul în regiunea lombară și sub șezut;
- a treia: susține membrele inferioare;
- prima persoană comandă mișcările: ridică deodată pacientul.
- după ce acesta a fost ridicat, face un pas înapoi.
- brancardierii ridică și cealaltă margine a tărgii, aducând-o în poziție orizontală sub pacient.
- se așează pacientul pe targă, se acoperă.
- Descărcarea se face după aceeași metodă, dar cu mișcările inverse.

Poziția pacientului pe targă în funcție de afecțiune (poziție comunicată de echipa medicală):

În decubit dorsal

- pacienții cu traumatisme abdominale: cu genunchi flectați;
- accidentații conștienți, suspecții de fractură a coloanei vertebrale sau a bazinului: se asigura suprafața rigidă;
- leziuni ale membrilor inferioare: sub membrul lezat, se așează o pernă;
- leziuni ale membrilor superioare: membrul superior lezat se așează peste toracele pacientului, eventual se fixează cu o eșarfă;
- accidentații în stare de șoc cu hemoragie: cu membrele inferioare ridicate.

În poziție șezând:

- pacienții cu traumatisme craniene, conștienți și fără semne de șoc: menținuți cu ajutorul pernelor;
- leziuni ale gâtului: capul va fi flectat, astfel încât regiunea mentonieră să atingă toracele;

În poziție semișezând:

- accidentații toraco - pulmonar;
- pacienții cu insuficiență cardiorespiratorie;
- accidentații cu leziuni abdominale - (poziția Fowler), cu genunchii flectați.

În decubit lateral:

- pacienții în stare de comă.

În decubit ventral:

- pacienții cu leziuni ale feței (craniofaciale): sub fruntea lor se așează un sul improvizat din cearceafuri, sau antebrațul flectat al traumatizatului;
- cu leziuni ale spatelui sau regiunii fesiere.

În decubit semiventral:

- pacienții inconștienți, iar în caz de tulburări de deglutiție sau hipersecreție salivară, în poziția Trendelenburg, pentru a preveni acumularea și aspirarea secrețiilor.

În poziție Trendelenburg, cu înclinarea maximă de 10-15 grade:

- accidentații în stare de șoc;
- în colaps periferic, pentru a asigura un aport mai mare de sânge în organele vitale.

În poziția Trendelenburg inversat, cu înclinare de maximum 10-15 grade

- accidentații cu fracturi ale bazei craniului.

DIRECTOR DE INGRIJIRI,