



PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PLEUREZIILOR LA PACIENȚII POLITRAUMATIZAȚI

COD PM-POLITR-005

ESITIA II

Elaborat Dr. Miuta Cosmin
Elaborat Dr. Cojocaru Tudor
Medic șef secție Dr. Tunescu Bogdan

Dr. Tudor
medic prim
Cod

Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data
de 13-06-2024 (P.V. nr. 25465).



Cuprins

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului	3
2. Scopul protocolului	3
3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale	3
4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate	3
4.1. Reglementări internaționale	3
4.2. Reglementări naționale	3
5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională.....	4
5.1. Definiții ale termenilor.....	4
5.2. Abrevieri ale termenilor.....	4
6. Descrierea protocolului	5
7. Resurse necesare	5
8. Condiții de abatere de la protocol	5
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	6
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	7



1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei/ediției
1	2	3	4
EDITIA 1	1		25.06.2014

2. Scopul protocolului

Scopul principal al protocolului îl reprezintă gestionarea riscului erorilor de diagnostic și / sau tratament.

Implementarea PM asigură reducerea variabilității de practică, permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și / sau aptitudinilor medicale de diagnostic și tratament, la nivelul standardului de îngrijire propus.

Asigură creșterea eficacității și eficientizarea costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale și asigură o bază rațională pentru transferuri între clinici de niveluri diferite.

3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale

Protocolul se aplică tuturor pacienților cu suspiciune de Leziuni ortopedice, cod DRG. J90, S27.6. R09.1 din Politraumatologie(secția/camera de garda sau UPU/ambulator)

- 1.1. Nivel de aplicare - Asistență medicală de urgență (UPU/camera de gardă)
- 1.2. Nivel de aplicare – asistență medicală de ambulatoriu
- 1.3. Nivel de aplicare – asistență medical spitalicească

4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate

4.1. Reglementări internaționale

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140254/>
2. <https://emedicine.medscape.com/article/299959-guidelines?form=fpf>
3. <https://www.webmd.com/lung/pleural-effusion-symptoms-causes-treatments>



5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională

5.1. Definiții ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Protocol medical	un set de reguli care trebuie respectate de personalul medical în stabilirea diagnosticului și/sau stabilirea tratamentului unui pacient cu suspiciunea de anumită afecțiune
2.	Pacient	orice persoană care îndeplinește cel puțin unul dintre următoarele criterii: a. Persoana care are o plângere sau un mecanism sugestiv pentru o boală sau un vătămare potențială, b. Persoana care prezintă aspecte evidente de boală sau de vătămare sau c. Persoana identificată de către un apelant informat care solicită evaluarea pentru boală sau rănire potențială.
3.	Pacient critic	pacientul cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile și care necesită intervenție medicală de urgență sau îngrijiri într-o secție de terapie intensivă generală sau specializată;
4.	Asistență medicală de urgență	ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat. Ea poate fi acordată la diferite niveluri de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire;
5.	Urgență medicală	accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital;

5.2. Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
2	CDC	Center for Disease Control and Prevention
3	IC	Infecții chirurgicale
4	EPA	Edem pulmonar acut
5	TBC	Tuberculoza
6	ATI	Anestezie terapie intensiva

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA POLITRAUMATOLOGIE C.A.	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT AL PLEUREZIILOR LA PACIENTII POLITRAUMATIZATI	Ediția .2
	PM-POLITRAUMA-002	Pag. 5 din 10

6. Descrierea protocolului

DIAGNOSTIC

Pleureziile reprezintă acumulări anormale de fluid în cavitatea pleurală prin dezechilibrul între producție și resorbție.

Cauze ale revarsatelor pleurale

- Virala
- TBC
- trauma
- infecții bacteriene
- afecțiuni cardiace cu insuficiență cardiacă
- afecțiuni hepatice sau renale cu hipoalbuminemie (ciroza, sindrom nefrotic)
- neoplazii cu metastaze
- iradiere
- boli autoimune
- cauze necunoscute

Toracenteza este o manevră care poate salva viața pacientului cu insuficiență respiratorie acută. Este indicată în situațiile cu lichid liber în cavitatea pleurală cu simptome de insuficiență respiratorie acută sau pentru diagnostic. Nu este utilă când lichidul este purulent sau sângeros cu cheaguri, în aceste situații este necesar drenaj cu tub sau chiar intervenție chirurgicală pentru deloculare și evacuare cheaguri / detritus.

Toracenteza diagnostică urmărește obținerea unei probe de lichid pentru diagnostic și se poate efectua cu ac subțire după reperarea ecografică a revarsatului.

Toracenteza terapeutică urmărește evacuarea unei cantități mari de lichid pentru ameliorarea simptomelor de insuficiență respiratorie sau evacuarea unui lichid septic/inflamator pentru îmbunătățirea prognosticului.

Pentru a evita producerea pneumotoraxului iatrogen în situațiile în care se evacuează mult lichid se va folosi un cateter de plastic sau un kit special creat pentru evacuare.

După evacuare se va urmări clinic pacientul și se face o radiografie de control după 6-12h sau mai repede dacă pacientul prezintă dispnee sau există suspiciune clinică de pneumotorax.

Cantitatea de lichid evacuată într-o singură procedură este între 500-1500 ml. Se urmărește ameliorarea simptomelor respiratorii și evitarea producerii EPA de reexpansiune sau a pneumotoraxului.

Pe timpul procedurii este utilă administrarea de oxigen pe mască / ochelari nazali întrucât la o parte din pacienți se alterează SaO₂ temporar.

Durerea toracică sau tensiunea toracică indică faptul că plămânul nu se expandează liber și indică oprirea procedurii.

Tusea ușoară/moderată nu implică oprirea dar se va reduce debitul cu care se face evacuarea.

Pleurostomia este necesară în situațiile cu revarsate care nu se pot evacua prin cateter subțire (sepsă, pleurezie hemoragică) și necesită internare în vederea aspirației și urmăririi.

Cateterul permanent este o opțiune pentru revarsate recurente la pacienți care nu au alte opțiuni terapeutice și au acces la urmărirea medicală la domiciliu (risc de infecție). În general este vorba de pacienți terminali cu neoplazii.



Pleurodeza chimica poate fi folosită cu scop paliativ la pacienții care au revarsate recurente a caror frecvența va crește pe măsura progresiunii bolii (neoplazii, ciroza, insuficiența cardiacă, nefropatii) și e de dorit să se efectueze înainte ca pacientul să se degradeze biologic (hipoproteinemie severă) deoarece șansa de succes scade rapid odată cu alterarea biologică.

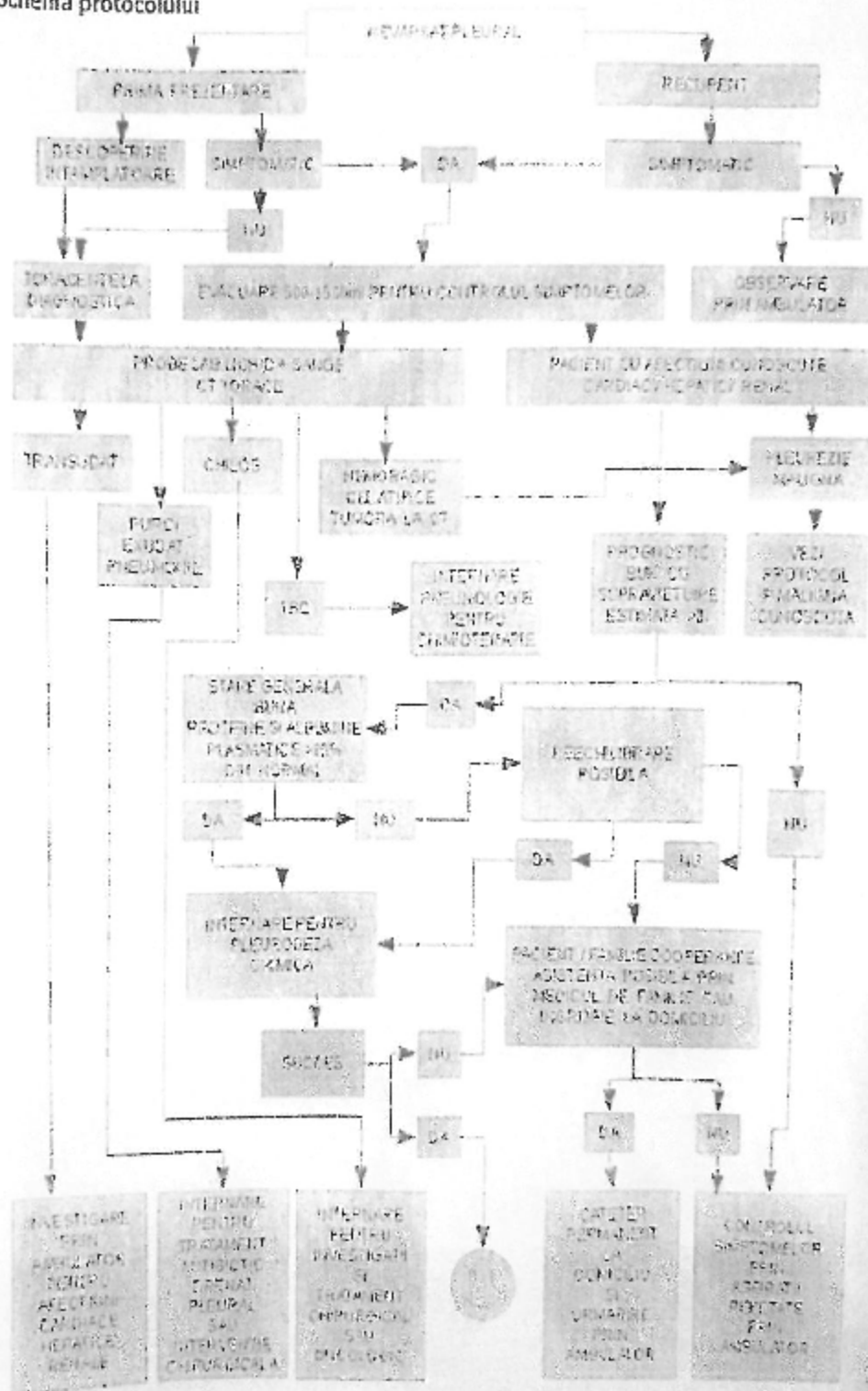
În acest scop pacienților care vor evolua în această direcție i se va propune cât mai precoce efectuarea procedurii pentru a mări șansa de succes.

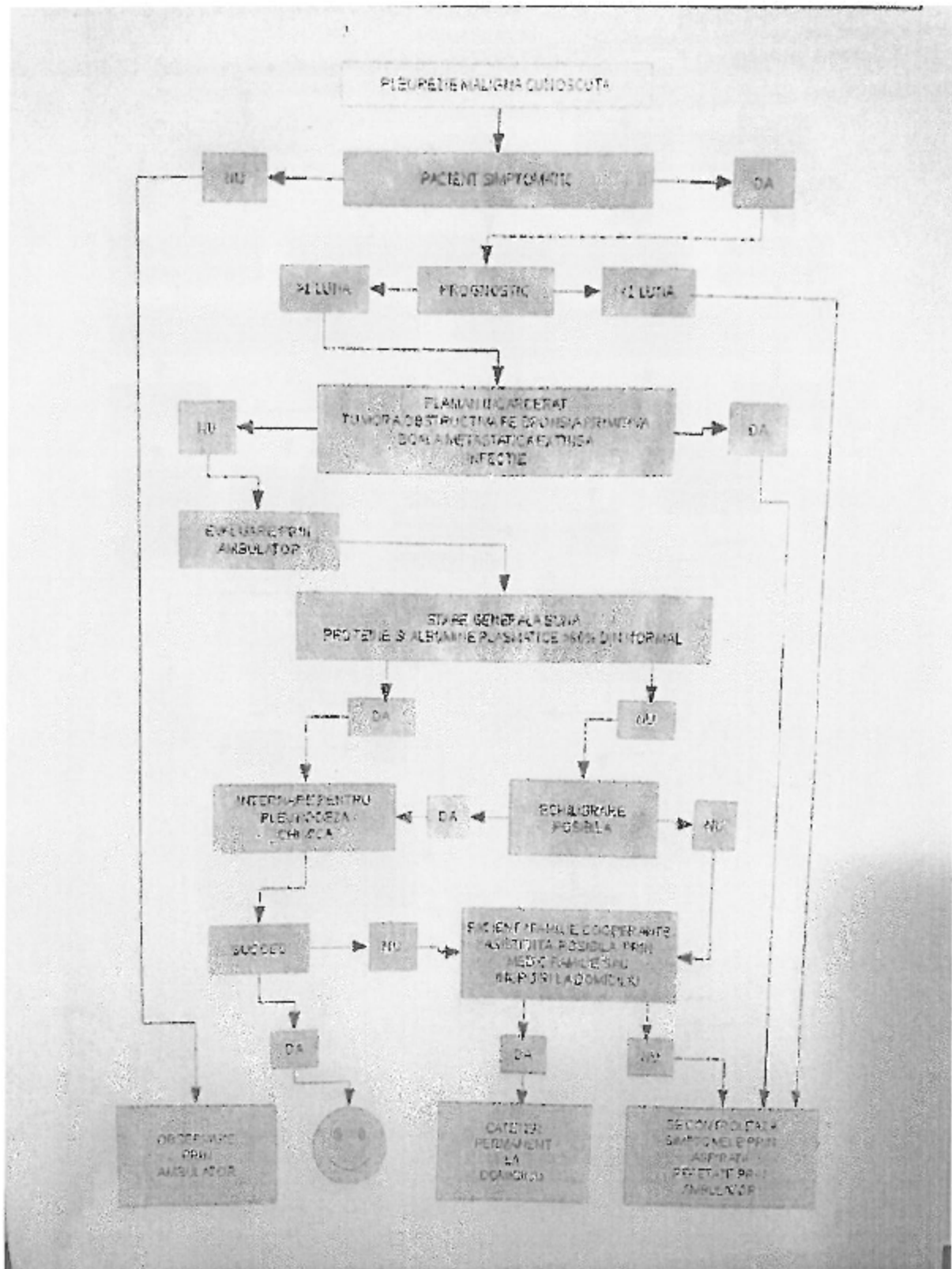
Diferențierea între transudat și exudat

	Transudat	Exudat
Aspect	Seros	Turbure
Numar leucocite	<10.000/mm ³	>50000/mm ³
pH	>7.2	< 7.2
Proteine	< 3.0	>3.0
Raport între proteinele din lichidul pleural și ser	< 0.5	>0.5
LDH	<200	>200
Raport între LDH și lichid pleural și ser	<0.6	>0,6
Glucoza	>= 60 mg/dl	< 60 mg/dl



5. Schema protocolului







1. Umane (competențele personalului necesare)
 - a. Medic specialist/primar Chirurgie Toracica
 - b. Acces la consultații specializate ,ATI, Chirurgie -generală/vasculară
 - c. Asistente medicale generaliste
 - d. Personal auxiliar
2. Material (aparatură specific etc)
 - a. Computer tomograf
 - b. Aparat radiologie
 - c. Laborator disponibil pentru determinarea analize de urgență
 - d. Kit pentru punctie pleurală
 - e. Kit pentru drenaj pleural tricameral

8. Condiții de abatere de la protocol

1. Reglementări juridice
2. În caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocol
3. În caz de particularități ale cazului care justifică abaterea de la protocol. Particularitățile pot fi legate de sex, vârste extreme, comorbidități, complicații, atitudinea pacientului față de boală, comportamente alimentare de viață, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.
4. Refuzul pacientului de accepta conduita terapeutică precizată în protocol
5. Studii clinice derulate în spital aprobate de Comisia de etică, care permit abaterea de la protocol
6. Modificări în ghidurile naționale sau internaționale

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori

Nr. crt.	Indicator de performanță	Perioada raportării	Mod de calcul	Valoare țintă
1	Rata mortalității gen.(%)	anual		3.82
2	Rata infecțiilor asociate asistentei medicale	anual		1.76
3	Durata medie de spitalizare	anual		12.09



10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție

- a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
- b. Realizează/coordonează analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocolului
- c. Coordonează/realizează analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocolului
- d. Coordonează autoevaluarea periodică a respectării protocolului
- e. Se asigură de informarea, instruirea și respectarea întregului personal din subordine, inclusiv a noilor angajați, a protocolului

2. Auditor clinic al secției

- a. Participă în misiuni audit clinic de analiză a protocoalelor implementate la nivel de spital
- b. Analizează periodic implementarea protocoalelor medicale la nivelul secției din care face parte
- c. Analizează periodic abaterile de la protocoalele implementate la nivelul secției din care face parte

3. Medicii clinicieni din cadrul secției

- a. Respectă protocolul medical
- b. Se abat de la protocol doar în condițiile precizate de acestea
- c. Completează FOCG cu recomandările de consulturi interdisciplinare (cu motivare acestora și menționarea datei și orei solicitării consultului)
- d. Completează FOCG cu recomandările de medicamente (menționând substanța, cantitatea, doza, ritmul, modul de administrare)
- e. Completează FOCG cu recomandarea de investigații paraclinice menționarea datei și orei solicitării (cu motivare acestora în cazul în care nu fac parte din protocolul stabilit)
- f. Solicită consimțământul pacientului pentru aplicarea planului conform protocolului (conform procedurii specifice PO-MED-030 Procedura operațională de obținere a acordului pacientului informat sau a procedurii PO-MED-039 Procedura operațională privind intervenția medicală fără acordul pacientului /reprezentantului legal, în funcție de situație.

4. Asistentele medicale din cadrul secției

- a. Administrează medicamentele conform recomandărilor făcute în FOCG de către medic
- b. Pregătesc pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic în FOCG