

Ošetřovatelský proces u pacienta s akutním respiračním selháním dle modelu V. Henderson

1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: K. L.

Pohlaví: žena

Rok narození: 0000

Věk: 65 let

Adresa trvalého bydliště: Praha

RČ: 650000/0000

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111

Datum přijetí: 10. 2. 2014

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: prodavačka, důchodce

Stav: vdaná

Státní příslušnost: ČR

Kontaktní osoby k podávání informací: manžel, syn, dcera

Typ přijetí: urgentní

Oddělení: ARO

Důvod přijetí udávaný pacientem

Jelikož je pacientka v bezvědomí a její stav je život ohrožující, je třeba zajistit neodkladnou péči. Nelze od ní však získat souhlas s hospitalizací a realizací lékařských vyšetření a výkonů.

Medicínská diagnóza hlavní

Akutní respirační selhání, typ II. hyperkapnický

Medicínské diagnózy vedlejší

Hypothyreosa

CHOPN

Diabetes mellitus typ II. na inzulínu

Artróza

Obezita

Stav po: 2x koronární arteriální bypass, dále jen CABG, ischemická choroba srdeční (dále jen ICHS)

2 Hodnoty zjišťované při příjmu

TK: 157/98 mmHg

P: 90/min.

D: 9/min.

TT: 35,7 °C

Pohyblivost: žádná (na vozíku)

Stav vědomí: GSC 3 - před intubací, nyní RS 6

Krevní skupina: A Rh+

Výška: 170 cm

Hmotnost: 110 kg

BMI: 38,06

3 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 55 letech na infarkt myokardu

Otec: zemřel v 63 letech na CMP

Sourozenci: nemá

Děti: syn, dcera

Osobní anamnéza:

Překonaná onemocnění: běžné dětské nemoci

Chronická onemocnění: CHOPN od roku 2003, diabetes II. typu od roku 2005

Hospitalizace a operace: ICHS v roce 2009, 2x CABG taktéž v roce 2009

Úrazy: 0

Transfúze: 2x v roce 2009

Očkování: běžná povinná očkování

Léková anamnéza: dle ordinace Losagen (hypotenzivum), Tramal (analgetikum), Zoloft (antidepresivum), Verospiron (diuretikum), Procoralan (kardiakum), Euthyrox (hormon)

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: prach, pyl

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: přibližně 10 cigaret denně

Káva: denně 2x

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza:

Menarche: ve 13 letech

Poslední menstruace: 52 let, cyklus byl pravidelný

Porody: 2

Aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka:

Podle dcery pacientka chodila na gynekologické preventivní vyšetření každý rok.

Myslí si, že samovyšetření prsou neprováděla. Na mamograf nechodila. Nelze přesně zjistit menarché a klimakterium. Antikoncepce dříve neužívala.

Samovyšetřování prsou:

neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: bydlí s manželem v malém domku u Prahy

Vztahy, role, a interakce:

V rodině: rodina žije dobrým, spořádaným životem

Mimo rodinu: je milá, optimistická

Záliby a volnočasové aktivity: ráda vaří, čte, sleduje seriály a ráda luští křížovky

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: nyní ve starobním důchodu, dříve pracovala jako prodavačka

Čas působení: důchodový věk, pacientka je rok ve starobním důchodu

Vztahy na pracovišti: dříve - velice dobré, pacientka je nekonfliktní

Ekonomické podmínky: dle rodiny průměrné

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: pacientka je katolička

Informační zdroje:

rodina pacientky, dokumentace pacientky, fyzikální vyšetření sestrou

4 Posouzení současného stavu dle modelu V. Henderson

Posouzení současného stavu dle modelu V. Henderson dne 10. 2. 2014

doplněno dne 11. 2. 2014

1. - 2. den hospitalizace

Informační zdroje: Objektivní hodnocení pacientky, informace získané od rodiny.

1. Dýchání

Pacientka se již léčí od roku 2003 s CHOPN, doma měla problémy s dýcháním. Dle rodiny často lapala po dechu a pociťovala dušnost i po minimální námaze, později se objevovala i dušnost klidová. Pacientka je kuřačka, denně vykouřila až 10 cigaret a pokud byla ve stresu, prý dokonce i více. Kašel se objevoval produktivní, především v noci. Léky pacientka užívala pravidelně a kyslíkovou podporu dříve nepotřebovala. U pacientky se objevila hypoventilace a dyspnoe s těžkou dušností. Při příjmu pacientka již zaintubovaná (v RZP), počet dechů 9/minutu.

Nyní je pacientka **zaintubována** a dechovou práci za ni plně přebírá ventilátor. Má nastaveno 16 řízených dechů za minutu. RS je 6. Je v **poloze na zádech**, se zvýšenou horní polovinou těla. Nyní se odsává velké množství žlutého sputa. Dyspnoe přetrvává.

Ošetrovatelský problém: porucha dýchání, změny v dýchání

Priorita: vysoká

Použitá měřicí technika: kontinuální monitorovací systém, ventilační parametry 45

2. Výživa a hydratace

Stav výživy pacientky není přiměřen její výšce. Při výšce 170 cm, váží 110 kg. BMI je 38,06. Pacientka je polymorbidní, **obézní**. Doma měla chuť k jídlu dobrou. Přestože je diabetička, dietu doma příliš nedodržovala. Pacientka je závislá na dávkách **inzulínu**, který si aplikovala sama dle ordinace lékaře. Nejedla pravidelně a za poslední dobu přibrala na váze. Potíže s polykáním neměla, stravu užívala pevnou. Příliš doma nepila, pocit žízně nepociťovala. Vypila přibližně 1 litr za 24 hodin. Doma nezvracela, netrpěla nevolností. Chrup má vlastní, sanován. Při příjmu **kožní turgor snížen, sliznice a jazyk suchý**.

Nyní pacientka **není schopna přijímat potravu ústy**, je vyživovaná parenterálně a gastricky, již zavedenou nazogastrickou sondou, která odvádí malé množství žaludečního obsahu. Je důležité pravidelně odsávat žaludeční obsah, aby nedošlo aspiraci žaludečního obsahu.

Jelikož je pacientka diabetička, pravidelně je jí sledovaná glykémie, nyní po 4 hodinách a je kontinuálně naordinován inzulín. Příjem tekutin je doplňován formou **intravenózních infuzí**. Sledujeme **příjem a výdej tekutin**, vitální funkce a CŽT. Z důvodu tlumení pacientky a život ohrožujícího stavu, je pacientka v oblasti výživy plně závislá na zdravotnickém personálu.

Ošetrovatelský problém: dehydratace, obezita, riziko malnutrice, riziko aspirace, neschopnost přijímat potravu ústy, porucha soběstačnosti při stravování

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: měření glykémie, měření centrálního venózního tlaku, BMI, sledování množství odsátého žaludečního obsahu

3. Vylučování

Doma pacientka močila fyziologicky, potíže při močení neudávala. Na toaletu chodila pravidelně a bolestmi břicha netrpěla. Rodina nezaznamenala v poslední době nějaké výrazné změny, kterých by si všimla. Nyní má pacientka zavedený **permanентní močový katétr**. Moč je tmavě žlutá bez příměsí. Močí 50-100 ml/h. Pacientce jsou aplikována diuretika a není užito žádné eliminační metody.

V oblasti vyprazdňování stolice, se pacientka vyprazdňovala nepravidelně a trpěla **zácpou**. Rodina udává jako důvod nesprávné stravovací návyky a nedostatek pohybu. Avšak žádné preparáty k vyprazdňování střev pacientka neužívala. Nyní ještě stolice nebyla.

Ošetrovatelský problém: snížený výdej moči, riziko infekce, zácpa, nesoběstačnost v oblasti vyprazdňování

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: P+V, bilance tekutin, kontinuální monitorovací systém

4. Pohyb a udržování polohy

Doma se pacientka pohybovala volně bez omezení. Nepotřebovala žádné kompenzační pomůcky, avšak nebyla příliš aktivní. Pouze na delší procházky si brala hůl. Do nemocnice byla pacientka přivezena na lehátko a nevykazovala žádné známky pohybu.

Nyní z důvodu život ohrožujícího stavu pacientky a sedace, je pacientka **nesoběstačná a plně závislá** na zdravotnickém personálu. Poloha pacientky je pasivní, vleže na zádech se zvýšenou horní polovinou těla. Jelikož **hrozí riziko syndromu nepoužívání**, je třeba dbát na jeho prevenci, a co nejvíce mu předcházet. U pacientky byl proveden Barthelové test všedních denních činností s výsledkem 20, z čehož vyplývá, že pacientka je nyní vysoce závislá. Samozřejmostí je také pravidelné vyhodnocování **rizika vzniku dekubitů** dle Nortona, jehož výsledek je 13 bodů, tedy **střední riziko a riziko pádu** (8 bodů) - střední riziko.

Ošetrovatelský problém: imobilita, nesoběstačnost, riziko vzniku dekubitů, riziko pádů

Priorita: střední

Použitá měřicí technika: Barthelův test, Norton scóre, Hodnocení rizika pádu

5. Spánek, odpočinek

Kvalitu spánku pacientky doma, nelze přesně určit. Dle rodiny trpěla nespavostí jen občas. Ráno jí dělalo problém vstávat, z důvodu bolestí, které jsou způsobeny artrózou. Bolesti se objevovali především v oblasti kyčlí a pacientka je příliš dobře nesnáší. Při bolestech je pacientka plačtivá a nervózní, chce hned bolest odstranit.

Bolest tlumí Tramalem, který má předepsaný od lékaře. Intenzita bolesti doma byla na stupnici od jedné do deseti, na stupni číslo 5. Přes den se cítila občas unavená. Nyní je pacientka uvedena do umělého spánku do doby, než odezní akutní fáze stavu. Jelikož je tlumena kombinací anestetik a opiátu, dá se říci, že je bez bolesti.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: Ramsey scale, škála intenzity bolesti (0-10)

6. Oblékání, svlékání

V oblasti oblékání a svlékání byla pacientka doma plně soběstačná, nepotřebovala pomoc a vše zvládala sama. Sice byla zadýchaná a trvalo jí vše pomaleji, ale dopomoc nepotřebovala.

Nyní z důvodu akutního stavu a tlumení, je pacientka **nesoběstačná v oblasti oblékání a svlékání**. Barthelové test byl proveden s výsledkem vysoké závislosti. Při hospitalizaci na oddělení ARO pacienti nesmí mít z důvodu hygienicko-epidemiologického režimu osobní prádlo, proto je pacientka zakryta ložním prádlem z oddělení, aby nebyla porušena intimita pacientky. Z důvodu sedace a nečinnosti je pacientka **ohrožena nerovnováhou tělesné teploty**.

Ošetrovatelský problém: porucha soběstačnosti v oblékání a svlékání

Priorita: nízká

Použitá měřicí technika: Barthelové test

7. Regulace tělesné teploty

Pacientka dle informací rodiny netrpěla na zvýšené teploty či horečky. Spíše si stěžovala, že jí je chladno, byla **zimomřivá**. Má ráda teplo, před spaním si vždy v pokoji vyvětrá, aby se jí lépe dýchalo. Aktuálně je teplota fyziologická 35,4 °C měřená v axile. Nyní jak již bylo uvedeno v předchozí oblasti, je pacientka ohrožena nerovnováhou tělesné teploty, jelikož je v nečinnosti a v umělém spánku.

Ošetrovatelský problém: riziko změny tělesné teploty

Priorita: nízká

Použitá měřicí technika: měření tělesné teploty, barva kůže

5 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

Laboratorní:

Krevní obraz

Biochemie

Glykémie při příjmu 19 mmol/l

EKG: správná DDD stimulace

RTG srdce a plic

TK 135/80

Plán vyšetření:

- objednáno diabetologické konzilium

Objektivně: bez cyanózy, AS pravidelná, dvě ozvy, břicho nebolestivé, DKK s tuhými otoky nad kotníky

Konzervativní léčba:

Dieta: nic per os (pacientka je zaintubovaná)

Režim:

Medikamentózní léčba:

Furosemid forte 250 mg tbl. 0-1-0 (diuretikum)
Verospiron 25 tbl. 1-0-1 (diuretikum)
Anopyrin 100 tbl. 0-1-0 (antiagregans)
Gopten 2 tbl. 1-0-0 (antihypertenzivum)
Presid 5 tbl. 1-0-1 (vazodilatans, antihypertenzivum)
Cancor 10 tbl. 1-0-0 (beta blokátor)
Torvacard 40 tbl. 0-0-0-1 (hypolipidemiku)
Plavix tbl. 1-0-0 (antiagregans)

Invaze:

- NGS
- arteriální katétr
- PMK
- endotracheální intubace
- UPV

6 Situační analýza

Polymorbidní, 65letá monstrózně obézní pacientka nalezena v ranních hodinách doma rodinou neprobuditelná, zavolána rychlá záchranná pomoc. Po příjezdu zjištěna glykémie 18,0 mmol/l a GSC 3, následně zaintubována a napojena na UPV. Pacientka byla pro poruchu vědomí přijata na oddělení anesteziologicko-resuscitační, kde byla následně stanovena diagnóza akutní respirační selhání. Nyní je pacientka zaintubována na ventilátoru. Má nastaveno 16 řízených dechů za minutu. Je v poloze na zádech, se zvýšenou horní polovinou těla. Je odsáváno velké množství žlutého sputa. Stav výživy pacientky není přiměřen (BMI je 38,06). Pacientka je polymorbidní, obézní. Doma měla chuť k jídlu dobrou. Přestože je diabetička, dietu doma příliš nedodržovala. Pacientka je závislá na dávkách inzulínu. Nyní pacientka není schopna přijímat potravu ústy, je vyživovaná parenterálně a gastricky. Má zavedenou nazogastrickou sondu, která odvádí malé množství žaludečního obsahu. Pravidelně je odsáván žaludeční obsah, aby nedošlo k aspiraci žaludečního obsahu. Glykémie je nyní sledovaná à 4 hodiny a kontinuálně naordinován inzulín. Příjem tekutin je doplňován formou intravenózních infuzí. Sleduje se v časových intervalech příjem a výdej tekutin, vitální funkce a CŽT. Z důvodu tlumení a život ohrožujícího stavu, je pacientka v oblasti výživy plně závislá na zdravotnickém personálu. Má pacientka zavedený permanentní močový katétr. Moč je tmavě žlutá bez příměsí. Močí 50-100 ml/h. Pacientce jsou aplikována diuretika. V oblasti vyprazdňování stolice, se pacientka vyprazdňovala nepravidelně a trpěla zácpou. Nyní z důvodu život ohrožujícího stavu pacientky a sedace, je pacientka nesoběstačná a plně závislá na zdravotnickém personálu. Poloha pacientky je pasivní, vleže na zádech se zvýšenou horní polovinou těla. Jelikož hrozí riziko syndromu nepoužívání. U pacientky byl proveden Barthelové test všedních denních činností s výsledkem 20 (vysoce závislá). Rizika vzniku dekubitů dle Nortona je 13 bodů - střední riziko. Riziko pádu (8 bodů) - střední riziko. Doma měla bolesti především v oblasti kyčlí a pacientka je příliš dobře nesnáší. Bolest (intenzity č. 5 na desetistupňové škály) tlumila Tramalem 50 tbl. Nyní je pacientka uvedena do umělého spánku do doby, než odezní akutní fáze stavu. Jelikož je tlumena kombinací anestetik a opiátu, dá se rámcově zhodnotit, že je bez bolesti. Aktuálně je teplota fyziologická 36,4 °C měřená v axile. Pacientka je ohrožena nerovnováhou tělesné teploty, jelikož je v nečinnosti a v umělém spánku.

7 Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA International 2012-2014 a dle priorit pacientky

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Neschopnost odstraňovat sekrety nebo překážky z dýchacích cest a udržovat je čisté.

Určující znaky:

- nadměrná produkce sputa
- neefektivní kašel

Související faktory:

- překážky v dýchacích cestách
- nadměrná produkce hlenu
- přítomnost umělé plicní ventilace
- sekrety v průduškách

Priorita: vysoká

Porucha polykání (00103)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Abnormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu nebo jícnu.

Určující znaky:

- poškození orální fáze - neschopnost žvýkat, neschopnost jazyka formovat sousto

Související faktory:

- kongenitální deficity - mechanická obstrukce (UPV), zhoršení neuromuskulárních funkcí (percepční poruchy, snížená síla nebo odchylka svalů zapojených do žvýkání)
- neurologické problémy - traumata

Priorita: střední

Deficit sebepěče při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepěče

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky:

- neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu

Související faktory:

- neuromuskulární poškození (alterace vědomí)
- zhoršení kognice
- zhoršení percepce

Priorita: střední

Riziko vzniku infekce (00004) (arteriální katétr)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární obrana (porušená kůže)

- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá projevy místní ani celkové infekce - po dobu zavedení invazivního vstupu - arteriálního katétru.

Očekávané výsledky:

- Invazivní vstup arteriální katétr pacientky je průchodný - denně.
- Pacientka nemá známky místní infekce v okolí arteriálního katétru - denně.
- Pacientka nemá známky sepse - denně.

Priorita: střední

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory:

- dospělí - osamělý život, pády v anamnéze
- fyzické - akutní onemocnění, zhoršená fyzická pohyblivost, ortostatická hypotenze

Priorita: střední

8 Rozpracování ošetřovatelských diagnóz dle NANDA International 2012-2014 ke dni 10. 2. 2014 dle priorit pacientky

8.1 Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Neschopnost odstraňovat sekrety nebo překážky z dýchacích cest a udržovat je čisté.

Určující znaky:

- nadměrná produkce sputa
- neefektivní kašel

Související faktory:

- překážky v dýchacích cestách
- nadměrná produkce hlenu
- přítomnost umělé plicní ventilace
- sekrety v průduškách

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka má průchodné dýchací cesty - po celou dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka má dýchací cesty průchodné - do 5 minut po odsávání.
- Pacientka má hodnoty dýchání fyziologické - do 1 hodiny.
- Pacientka dýchá klidně, sekrece hlenu je přiměřená - do 2 hodin.
- Pacientčina saturace kyslíkem neklesne pod 95 % - do 2 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

1. Odsávej pravidelně (dle stavu pacientky) přes zavedenou UPV sputum – dle potřeby pacientky denně, všeobecná sestra.
2. Podle potřeby pacientky prováděj léčebné laváže – dle potřeby pacientky denně, všeobecná sestra.
3. Dbej o správné uložení, hloubku zavedení a náplň obturace v UPV - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
4. Ošetřuj pravidelně okolí UPV, dutinu ústní - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
5. Sleduj a zaznamenávej do dokumentace parametry nastavené na ventilátoru, sladěnost pacientky s nastaveným režimem - dle ordinace lékaře a stavu pacientky denně, všeobecná sestra.
6. Měj u lůžka připravené resuscitační pomůcky k okamžitému použití (např. při technických komplikacích) – vždy, všeobecná sestra.
7. Sleduj a zaznamenávej do dokumentace fyziologické funkce, abnormality hlas lékaři - dle ordinace lékaře a stavu pacientky denně, všeobecná sestra.
8. Asistuj lékaři při invazivních výkonech – vždy, všeobecná sestra.
9. Aplikuj inhalace a ordinovanou terapii podle ordinace lékaře a sleduj vedlejší účinky – vždy, všeobecná sestra.
10. Sleduj a zaznamenávej à 1 hodinu fyziologické funkce a hodnoty saturace – dle ordinace lékaře stavu pacientky, všeobecná sestra.
11. Odebírej vzorky biologického materiálu (krev) správným způsobem ke stanovení hodnot krevních plynů - dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
12. Využij techniky dechové rehabilitace k mobilizaci sekretů - dle stavu pacientky a standardu pracoviště, všeobecná sestra, fyzioterapeut.
13. Dodržuj bariérovou ošetrovatelskou péči - vždy, všeobecná sestra.

Realizace:

Dle potřeby pacientky odsáváno v hodinových intervalech.

Aplikace léčiv pro inhalaci do nebulizačního systému ventilátoru.

Prováděno monitorování dechových parametrů, laboratorních hodnot s následným zápisem do dokumentace a interpretace hodnot lékaři.

Kontrola funkčnosti dýchání.

Ve spolupráci s fyzioterapeutem prováděno dechová cvičení k mobilizaci sekretů.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně: Po odsátí nahromaděného sputa a provedení laváže jsou dýchací cesty pacientky průchodné. Do 2 hodin dochází k postupné úpravě fyziologických funkcí stran dýchání a hlenovitá sekrece je snížena. Saturace kyslíkem neklesla pod 95 %. Nadále je důležité pokračovat v naplánovaných intervencích: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 a 13.

8.2 Porucha polykání (00103)

Porucha polykání (00103)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Abnormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu nebo jícnu.

Určující znaky:

- poškození orální fáze - neschopnost žvýkat, neschopnost jazyka formovat sousto

Související faktory:

- kongenitální deficity - mechanická obstrukce (UPV), zhoršení neuromuskulárních funkcí (percepční poruchy, snížená síla nebo odchylka svalů zapojených do žvýkání)
- neurologické problémy – traumata

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má průchodné polykací cesty - po celou dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka má průchodnou NGS – denně.
- U pacientky se neobjeví známky mechanické obstrukce dutiny ústní – denně.
- U pacientky se nevyskytnou komplikace spojené s NGS – denně.

Ošetřovatelské intervence:

1. Pečuj o systém NGS - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
2. Pravidelně zaznamenávej enterální a parenterální výživu - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
4. Kontroluj místo fixace NGS - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
5. Dodržuj zásady správné aplikace výživy a dokumentuj vše potřebné - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
6. Sleduj známky dehydratace a průchodnosti NGS – vždy, všeobecná sestra.
8. Kontroluj hmotnost pacientky na metabolické váze a proved' záznam - 1x za 48 hodin, všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
9. Aktivně vyhledávej možné komplikace NGS - vždy, všeobecná sestra.

Realizace:

Výživa je aplikovaná podle ordinace lékaře.

Systém NGS je funkční, parenterální výživa je zaznamenaná do dokumentace.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně: U pacientky se neobjevily známky dehydratace. U pacientky se nevyskytly komplikace spojené s výživou a NGS. V naplánovaných intervencích je potřebné dále pokračovat 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

8.3 Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky:

- neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu

Související faktory:

- neuromuskulární poškození (alterace vědomí)

- zhoršení kognice
- zhoršení percepce

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zajištěnou péči v oblasti vyprazdňování a maximálně spolupracuje v rámci svých možností - do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Frekvence vyprazdňování tlustého střeva pacientka je pravidelná – denně.
- Pacientčina bilance tekutin je vyrovnaná – denně.
- U pacientky se neobjeví komplikace ze zavedení permanentního močového katétru - denně.

Ošetřovatelské intervence:

1. Využijte prvky bazální stimulace - při každém kontaktu s pacientkou, všeobecná sestra.
2. Pečuj o kůži pacientky a prováděj prevenci dekubitů - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
3. Sleduj a dokumentuj stav hydratace a výživy pacientky - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
4. Aplikuj enterální a parenterální výživu - dle ordinace lékaře a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
5. Sleduj a dokumentuj bilanci tekutin - dle stavu pacientky a ordinace lékaře denně, všeobecná sestra.
6. Pečuj o permanentní močový katétr - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
7. Sleduj frekvenci vyprazdňování stolice a její charakter - denně, všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
8. Zajisti pacientce rehabilitaci - dle ordinace lékaře denně, fyzioterapeut.

Realizace:

Celková hygienická péče u pacientky prováděna 2x denně i s výměnou ložního prádla.

Využíváno prvků bazální stimulace.

Kůže pravidelně promazávána ochrannými krémy dle stavu pacientky, ne před HBO.

Pacientka polohována à 2 hodiny.

Hydratace a výživa zajištěna intravenózní cestou.

Ústí močové trubice ošetřeno dezinfekčním prostředkem.

Fyzioterapeut vykonává pasivní rehabilitaci u pacientky 2x denně.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně: Pacientka má zajištěnou dostatečnou hygienickou péči.

U pacientky se neobjevily problémy s vyprazdňováním. Permanentní katétr odvádí moč. Bilance tekutin je mírně pozitivní. Ráno odešla stolice řidší konzistence.

Pacientka má čistý zevnějšek. V naplánovaných intervencích je potřeba dále pokračovat 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8.

8.4 Riziko vzniku infekce (00004) (arteriální katétr)

Riziko vzniku infekce (00004) (arteriální katétr)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární obrana (porušená kůže)
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá projevy místní ani celkové infekce - po dobu zavedení invazivního vstupu - arteriálního katétru.

Očekávané výsledky:

- Invazivní vstup arteriální katétr pacientky je průchodný - denně.
- Pacientka nemá známky začervenání v okolí arteriálního katétru - denně.
- Pacientka nemá zvýšenou tělesnou teplotu nad 37 °C - denně.

Ošetřovatelské intervence:

1. Sleduj rizikové faktory výskytu infekce - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
2. Prováděj převaz arteriálního katétru - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
3. Podávej antibiotika v přesných dávkách a intervalech - dle ordinace lékaře a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
4. Kontroluj průběžně místo zavedení invazivního vstupu - dle stavu pacientky a standardu pracoviště denně, všeobecná sestra.
5. Vykonávej bariérovou ošetřovatelskou péči – vždy, všeobecná sestra.
6. Udržuj pacientku i lůžko v čistotě – vždy, všeobecná sestra.
7. Sleduj a dokumentuj fyziologické funkce - dle stavu pacientky a ordinace lékaře denně, všeobecná sestra.
8. Dokumentuj, sleduj délku zavedení invazivního vstupu a pečuj o něj - dle stavu pacientky a standardů pracoviště denně, všeobecná sestra.
9. Pečuj o adekvátní hydrataci – denně, všeobecná sestra.

Realizace:

Fyziologické funkce jsou u pacientky sledovány kontinuálně. Vyhledávány místní a celkové známky infekce.

Denně je vykonáván asepticky převaz invazivního vstupu arteriálního katétru.

Sledována funkčnost invazivního vstupu.

Délka zavedení invazivního vstupu je dokumentována.

Antibiotika aplikována podle ordinace lékaře.

Sestra dodržovala principy bariérové ošetřovatelské péče při každém kontaktu s pacientkou.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně: Invazivní vstup je průchodný. Pacientka nemá známky místní infekce. Pacientka má celkové známky infekce (TT nad 39 °C, tachykardie, pozitivní zánětlivé markery). V naplánovaných intervencích je potřeba dále pokračovat 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

Revize plánu ošetrovatelských intervencí:

1. Výměna arteriálního katétru (mikrobiologické vyšetření) - dle stavu pacientky a ordinace lékaře, lékař, všeobecná sestra.
 2. Podávej antibiotika v přesných dávkách a intervalech - dle ordinace lékaře a standardu pracoviště, všeobecná sestra.
 3. Kontroluj průběžně místo zavedení invazivního vstupu - dle stavu pacientky a standardu pracoviště, všeobecná sestra.
 4. Vykonávej bariérovou ošetrovatelskou péči – vždy, sestra.
 5. Udržuj pacientčině lůžko v čistotě - dle stavu pacientky a standardu pracoviště, všeobecná sestra.
 6. Sleduj a dokumentuj fyziologické funkce - dle stavu pacientky a ordinace lékaře, všeobecná sestra.
 7. Sleduj rizikové faktory výskytu infekce - při každém kontaktu s pacientkou, všeobecná sestra.
 8. Sleduj délku zavedení invazivního vstupu a dokumentuj - dle stavu pacientky a standardu pracoviště, všeobecná sestra.
 9. Pečuj o adekvátní hydrataci – denně, všeobecná sestra.
- Další interval hodnocení podle potřeby.

8.5 Riziko pádů (00155)

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory:

- dospělí - osamělý život, pády v anamnéze
- fyzické - akutní onemocnění, zhoršená fyzická pohyblivost, ortostatická hypotenze

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacientka neupadne a nezraní se – do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka si uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření – do 5 dnů.
- Chování pacientky a jednání přispívá k prevenci pádu – do 5 dnů.
- Pacientka má vhodnou obuv připravenou k aktivizaci fyzioterapeutem – do 5 dnů.
- Pacientka má snížené lůžko a nasazené postranice na lůžku – denně.

Plán intervencí:

1. Věnuj pozornost dalším faktorům jako emoční stav a zraková ostrost - denně, sestra.
2. Seznam pacientku s oddělením a režimem na oddělení – do 2 dnů, všeobecná sestra.
3. Zabezpeč pacientce signalizační zařízení na dosah ruky - ihned, všeobecná sestra.
4. Edukuj pacientku o používání signalizačního zařízení - do 24 hodin, všeobecná sestra.
5. Zhodnoť riziko pádu a zranění pomocí měřící techniky Riziko pádu – denně, všeobecná sestra.

6. Předcházej pádu a zraněním - denně, všeobecná sestra.
7. Edukuj pacientku o všech bezpečnostních opatřeních - do 24 hodin, všeobecná sestra.
8. Zjisti, zda si pacientka uvědomuje rizikové faktory a bezpečnostní opatření k snížení rizika pádu – do 2 dnů, všeobecná sestra.
9. Zajisti vhodnou obuv - do 24 hodin, všeobecná sestra.
10. Urči faktory k individuální situaci a míru rizika poranění - do 24 hodin, všeobecná sestra.
11. Zabezpeč čisté osobní a ložní prádlo - dle potřeby denně, všeobecná sestra.
12. Zaznamenej do dokumentace vše potřebné - denně, všeobecná sestra.

Realizace:

- 8 :00 Pacientku byla seznámena s oddělením a režimem na ARU.
 8:30 Bylo provedeno zhodnocení rizika pádu.
 9:00 Proběhla kontrola bezpečného prostředí, byla zabržděna kolečka u lůžka a stolku.
 9:30 Pacientce byla dána pomoc při úkonech.
 10:00 Pacientce baly zajištěna vhodná poloha.
 11:00 Pacientce bylo sníženo lůžko a byly nasazeny postranice.
 12:00 Byl posouzen celkový stav pacientky a proveden zápis do dokumentace.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně: Zatím během hospitalizace nedošlo u pacientky k pádu. Edukace zatím neproběhla s ohledem na stav pacientky. Rodina přinese bezpečnou obuv. V naplánovaných intervencích je potřeba dále pokračovat 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12.

9 Celkové zhodnocení péče

Efekt péče byl částečný, dílčí očekávané výsledky byly splněny, ošetřovatelské intervence nadále pokračují. Celkově je možno zhodnotit péči za efektivní, pacientka je sledována a vše je zaznamenáno do dokumentace. Dodržují se všechny dohodnuté léčebné a ošetřovatelské postupy.



Evropský sociální fond
 Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento materiál je výstupem z projektu Modernizace obsahu a struktury vzdělávání v odborných ošetřovatelských předmětech, registrační číslo: CZ.2.17/3.1.00/36048, který realizuje Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00.

Projekt byl podpořen v rámci operačního programu OPPIA (Operační program Praha - Adaptabilita, <http://www.prahafondy.eu/cz/oppi.html>), který je spolufinancován ESF (Evropský sociální fond, <http://www.esfcr.cz/>).