

# **Contribuția asistentului medical generalist la integrarea socială a bolnavilor traumatizați**

**As. med. pr. Olga RETTEGI**  
**Școala postliceală sanitară „Vasile Goldiș” Baia Mare**

După orice traumatism (fracturi, luxații, entorse), în afara leziunilor locale, apar și manifestări de ordin patologic la nivelul întregului organism. Acestea sunt: clinice, morfo-funcționale, biochimice, endocrino-umorale, și se manifestă diferit în funcție de reacția sistemului nervos al accidentatului, de starea lui biologică. Traumatismul devine astfel o boală generală care, dacă nu este tratată corect, duce la instalarea handicapului în muncă și în viața familială, cu toate consecințele sale nefaste, atât la nivel individual, cât și pe plan social.

Un rol important revine asistentului medical generalist, prezent mereu lângă cel suferind, având astfel posibilitatea, dar și datoria să observe, să cunoască și să recunoască în timp util orice modificare în evoluția bolii, care - datorită complexității, duratei ei de vindecare și recuperare funcțională - nu este o maladie obișnuită.

În acest context, asistentul medical generalist, trebuie să țină cont de faptul că fiecare pacient traumatizat este un caz aparte, cu felul lui special de a fi, smuls brutal din mediul său de viață obișnuit și supus unor suferințe neobișnuite.

Pe lângă vaste cunoștințe medicale și neobosită vigilență, asistentul medical generalist are de asemenea datoria de a educa medical atât bolnavii, cât și populația, contribuind astfel la prevenirea unor complicații sau chiar a accidentelor.

Statistica dovedește că starea bolnavului și evoluția sa depind de calitatea primului ajutor și de un transport adecvat. Câteva exemple: ridicarea în picioare sau orice altă mișcare imprudentă a unui pacient traumatizat – fără inventarierea leziunilor vizibile sau posibile – periclitează viața accidentatului putând avea drept consecință secțiuni medulare în cazul fracturilor de coloană, deplasarea fracturilor, etc.

În altă ordine de idei și având în vedere faptul că tipul constituțional al accidentatului joacă un rol deosebit de important în evoluția bolii, asistentul trebuie să combată atitudini cum ar fi: sfaturi de tratament de la persoane incompetente (vecini, prieteni, alți bolnavi) care au auzit de cineva care s-a tratat cu ... sau propun un „leac minune”, informații din reviste și reclame pentru produse „făcătoare de minuni”). Astfel, un bolnav operat pentru o fractură, cu material metalic de osteosinteză, pleacă la băi calde care îi sunt absolut contraindicate. Sau pacienți cu o mână sau o gambă traumatizată încă la mult timp după vindecare protejează meticulos, dar nejustificat, regiunea respectivă cu blănițe, pansamente..., feresc regiunea respectivă de mișcări, ca și cum ar fi încă în suferință, dând fostului accidentat o incapacitate ce nu corespunde unei impotențe funcționale reale, iar lipsa mișcării conduce chiar la altă boală, numită osteoporoză algică.

Traumatizatul trebuie să știe că factorii meteorologici îi vor influența starea încă mult timp de la vindecare, iar tulburările trofice (cianoza, edemul) sunt de durată și necesită propria lui înțelegere și colaborare cu medicul și cu cadrele medii, până la remedierea tulburărilor.

În cazul redorilor articulare post-traumatice sau atrofiilor musculare după imobilizări prelungite (specifice fracturilor) trebuie să câștigăm colaborarea bolnavului, să-i învingem frica de durere, să-l convingem de necesitatea exercițiilor fizice. Recuperarea precoce după intervenții chirurgicale post-traumatice are ca rezultat reîncadrarea bolnavului în timp mai scurt în viața lui obișnuită. Amintesc un exemplu: contracțiile izometrice ale mușchiului quadriceps, urmată de gimnastică medicală a doua zi postoperator după ruptura de menisc, împiedică atrofia musculară.

De asemenea, este important ca pacientul imobilizat într-un aparat gipsat de orice fel să știe că la orice modificare – tumefacție marcată și persistentă, cianoza și răcirea degetelor, pierderea sensibilității, durere inexplicabilă sau lărgirea aparatului gipsat – trebuie să se adreseze medicului.

Asistentul medical generalist trebuie să cunoască antecedentele patologice ale pacientului pentru a putea ține cont de o afecțiune asociată care ar putea influența evoluția bolii. Amintesc în acest sens: diabetul, cordul pulmonar cronic, boala varicoasă, tromboflebita, adenomul de prostată, insuficiența hepatică, etilismul cronic, etc. Cunoscând aceste afecțiuni, se pot depista în timp util eventualele complicații: tulburări urinare la cei cu adenom de prostată (cu posibilitatea unei infecții urinare după

sondaj vezical) sau uremie în cazul în care nu este observat faptul că bolnavul urinează doar prin supraplin; delirium traemens la pacientul cu etilism cronic, prin șoc de abțință, etc.

Diabetul latent ia uneori în urma traumatismului o formă gravă, dând pacientului - pe lângă o rezistență diminuată - și o acidoză tisulară care împiedică consolidarea. Asistentul medical trebuie să cunoască istoricul bolii. Cunoscând astfel forma clinică a fracturii – deschisă, cominutivă, cu leziuni concomitente de părți moi și vasculo-nervoase, etc. – poate recunoaște semnele complicațiilor tardive. Câteva exemple: embolia grăsoasă, care se produce la scurt timp după traumatism, când grăsimea, sub forma sa fluidă mobilizată în canalul medular sau chiar în țesutul grăsos subcutanat, pătrunde în circulație prin lezarea unui vas de calibru mare, oprindu-se la plămâni, inimă sau creier, cu semne ca: dispnee până la asfixie, durere extrem de vie, transpirații reci, paloare, spută hemoptoică (în embolia pulmonară). Emboliile cerebrale pot fi semnalate de somnolență, amnezie, stare confuzivă, tulburări de vedere, după care bolnavul își revine temporar. De multe ori se crede că este efectul psihic al șocului traumatic, când în realitate ele țin de leziuni organice, care în cazuri grave declanșează coma și moartea.

Fractura operată se consideră fractură temporară deschisă, care, dacă nu se respectă riguros regulile de asepsie în timpul actului operator sau în timpul pansamentelor postoperatorii, evoluează ca o fractură deschisă infectată, urmată deseori de osteită. Prezența unui hematom curat sau transformat va fi sesizată imediat

medicului, fiind necesară manevra de evacuare.

Imobilizarea gipsată incorect executată – după accident, repunere sau intervenție chirurgicală – fiind prea strânsă, împiedicând circulația și apăsând nervii, sau fiind prea largă, permițând dezaxarea fragmentelor - poate duce chiar la pierderea unui membru.

Gangrena gazoasă, cauzată de diferiți germeni anaerobi, cu pronostic grav, apare în cazul fracturilor deschise, cu o plagă mai curând mică, neînsemnată, cu semnele: edemăiere rapidă a membrului respectiv, tegumente lucioase, vezicule pline cu lichid roșiatic, murdar, pete mari, livide sub care se desenează în cafeniu închis venele, numit „aspect de marmora”, emfizem subcutanat zgomotos palpabil, miros fetid, frison, febră, stare toxico / septică.

Complicațiile locale tardive: pseudartroza, osteoporoza, redorile articulare, atrofiile musculare, tulburările vasculare, ridică mari probleme de recuperare funcțională, prelungind cu mult timp momentul reîncadrării bolnavului în muncă și în viața familială.

Consider că dacă vom cunoaște bine semnele complicațiilor posibile și le recunoaștem în timp util, vom contribui la vindecarea mai rapidă, mai eficientă a pacientului, atât funcțional, cât și psihic. Printr-o atitudine adecvată vom imprima încredere acestor pacienți, care sunt invalizi timp îndelungat.