

CEIADE
COMITE D'ENTENTE DES ECOLES IADE



SIBENIK 2022



Table des matières

UN NOUVEAU MONDE D'APPRENTISSAGE ANESTHÉSIE ET MÉDECINE DE SOINS INTENSIFS	5
DÉVELOPPEMENT DE PROGRAMMES DE SPÉCIALISATION POUR INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN CROATIE	6
ANESTHÉSIE EXPERIENCES PERSONNELLES SYSTÈMES DE GESTION NUMÉRIQUE D'INFORMATIONS D'ANESTHÉSIE AIMS	7
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRAIRE EN SERVICE DE NEUROCHIRURGIE : ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT	9
IDENTIFICATION DE L'ADN DIFFÉRENTIEL GÈNES DE MÉTHYLATION ET ENRICHISSEMENT VOIES AFFECTION ASSOCIÉE DOULEUR MODULATION CHEZ LES ADULTES NON SPÉCIFIQUES LOMBALGIE CHRONIQUE	10
INCIDENCE DES MAUX DE DOS CHEZ LES INFIRMIÈRES	11
MENACE ET DÉFI INVISIBLES - PERCEMENT DU TUBE GONFLEUR ENDOTRACHÉAL SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE EN POSITION COUCHÉE : UN RAPPORT DE CAS	12
UN PROJET HOSPITALIER BRITANNIQUE VISANT À REMPLACER LA FIXATION PAR SUTURE DE CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX À COURT TERME PAR UN DISPOSITIF DE FIXATION ADHÉSIVE GRIP LOK	14
APPLICATION DES SOINS HUMANISTES DANS LES SOINS INFIRMIERS ANESTHÉSISQUES	15
INFIRMIÈRE ANESTHÉSISTE ET SURSPÉCIALITÉ PRATIQUE : GESTION AVANCÉE DE LA DOULEUR PROGRAMMES DE BOURSES AUX ÉTATS-UNIS	16
AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LES PATIENTS GRÂCE À LA PRATIQUE DOCTORALE	17
RÈGLES POUR LE BAC À SABLE. ENSEIGNER ET PRATIQUER L'HUMILITÉ CULTURELLE DANS LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE ANESTHÉSISQUE	18
NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES NATIONALES POUR LA FORMATION DES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN NORVÈGE	20
BEAUTÉ (COLLATÉRALE) DE L'ANESTHÉSIOLOGIE : 10 raisons pour lesquelles je suis infirmière Anesthésiste	22
IMPACT DE LA PANDÉMIE SUR LES PERSONNES CERTIFIÉES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES AUTORISÉES (AINC)	23
L'INCIDENCE DES MAUX DE GORGE POST OPÉRAIRES APRÈS INTUBATION TRACHÉALE AVEC UN TUBE ENDO BRONCHIQUE À DOUBLE LUMIÈRE	24
TRAUMATISME CRÂNIEN ET OXYGÉNOTHERAPIE HYPERBARRE	26

ÉCOLOGISATION DU BLOC OPÉRATOIRE : QUE POUVONS-NOUS FAIRE POUR RENDRE LE PROCESSUS PÉRIOPÉRATOIRE PLUS ÉCOLOGIQUE	27
SIMULATION DIRIGÉE PAR LES ÉTUDIANTS.....	29
APPRENDRE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DANS LA PRATIQUE CLINIQUE. UNE ÉTUDE PILOTE UTILISANT L'ÉVALUATION ÉCOLOGIQUE MOMENTANÉE DANS LA FORMATION INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE	31
PRÉMÉDICATION ORALE AVEC CATAPRESAN VS MIDAZOLAM SUR L'AGITATION POSTOPÉRATOIRE DANS ENFANTS SUBISSANT UNE AMYGDALECTOMIE	33
OXYGÉNOTHÉRAPIE RAISONNÉE EN PÉRIODE PÉRIOPÉRATOIRE.....	35
EXPÉRIENCE PERSONNELLE DE COVID GRAVE D'UNE IADE SUEDOISE	37
ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS D'ANESTHÉSIE	38
RENOUVELLEMENT DE LA FORMATION D'INFIRMIÈRE ANESTHÉSISTE EN FORMATION PROFESSIONNELLE ET EN SCIENCES DE LA SANTÉ EN HONGRIE	40
LES PROTOCOLES RAAC DE MASTECTOMIE RÉGIE PAR UNE IADE ET UNE ANESTHÉSIE UTILISANT PEC1/PEC2 ET DES BLOCS PLANS ÉRECTEURS CONTINUS RÉDUISENT LES BESOINS PÉRIOPÉRATOIRES EN OPIOÏDES ET LA DOULEUR CHRONIQUE.....	41
EOS: EARLY OPTIMIZED SAFE EXTUBATION (EXTUBATION PRECOCE SÛRE) : UNE ÉTUDE DE FAISABILITÉ.....	43
MISE EN ŒUVRE D'UNE LISTE DE CONTRÔLE DE SÉCURITÉ POUR LES PATIENTS CHIRURGICAUX – UN ESSAI CONTRÔLÉ RANDOMISÉ EN GRAPPES.....	45
UN EXAMEN DES FACTEURS INFLUENÇANT LA SATISFACTION AU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN CORÉE DU SUD : FRÉQUENCE DE PRATIQUE, NIVEAU D'IMPORTANCE ET DIFFICULTÉ D'ÉLÉMENTS DE TÂCHE.....	46
SOINS PALLIATIFS - QUE POUVONS-NOUS APPRENDRE DE L'ALLEMAGNE ?	48
COMMENT LES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES TRAVAILLANT DANS LE PLUS GRAND HÔPITAL GÉNÉRAL DE GRÈCE ONT RÉAGI ET VÉCU LA PANDÉMIE DE COVID-19.....	50
LA MÉTHYLATION DIFFÉRENTIELLE DANS LES VOIES INFLAMMATOIRES RELIE LA MODULATION DE LA DOULEUR ET LA LOMBALGIE CHRONIQUE NON SPÉCIFIQUE.....	51
FRÉQUENCE DES ÉVÉNEMENTS DE TACHY-BRADY POST-ENDOSCOPIE AVEC ANESTHÉSIE AU PROPOFOL	53
EFFICACITÉ DE L'ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE DIRIGÉE PAR UNE INFIRMIÈRE POUR L'ANESTHÉSIE : UNE ÉTUDE DE COHORTE PROSPECTIVE	54
LA COMPARAISON ENTRE LE SERIOUS GAMING BASÉ SUR LA RÉALITÉ VIRTUELLE ET LA MÉTHODE D'ENTRAÎNEMENT DE BASE DE L'ASSISTANCE VITALE POUR ADULTES BASÉE SUR DES CONFÉRENCES : ESSAI RANDOMISÉ	55

RÉADAPTATION RESPIRATOIRE DES PATIENTS GRAVEMENT MALADES DE LA COVID-19	57
ATTITUDES DES INFIRMIÈRES À L'ÉGARD DE LEUR RÔLE DANS L'ÉQUIPE DE TRANSPLANTATION ..	58
MODE D'APPRENTISSAGE ILLIMITÉ POUR L'ÈRE « POST-ÉPIDÉMIE COVID-19 » - COMMENT CONSTRUIRE LE POST-DIPLÔME DE LA FORMATION CONTINUE POUR LES SOINS INFIRMIERS EN ANESTHÉSIE EN CHINE	60
RÉADAPTATION DES PATIENTS COVID-19 ATTEINTS DE FORME SÉVÈRE DE SDRA TRAITÉS PAR VENTILATION MÉCANIQUE ET OXYGÉNATION PAR MEMBRANE EXTRACORPORELLE	62
DÉFI POUR DES SOINS INFIRMIERS DE QUALITE – LE MODÈLE DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES EN QUALITÉ “ACE STAR » DANS LE CONTRÔLE DES SOINS INFIRMIERS D'ANESTHÉSIE EN CHINE...	63
STIMULI NOCIFS ET CONDUCTANCE CUTANÉE -COMMENT CELA FONCTIONNE-T-IL DANS UN CONTEXTE CLINIQUE D'ANESTHÉSIE ?	66
INFLUENCE DES DIFFÉRENTS RÉGIMES DE TRAVAIL POSTÉ SUR LA FATIGUE DES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN CHINE.....	68
LA CURARISATION RÉSIDUELLE EST IMPORTANTE	70
L'IMPACT DE LA SIMULATION DE CRISE PÉRIOPÉRATOIRE SUR L'AMÉLIORATION DES RÉSULTATS CORMAC	72
APPLICATION DU MODE TRIDIMENSIONNEL D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ COMBINÉ AVEC LE GROUPE DE GESTION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS DANS LA GESTION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS EN ANESTHÉSIE	73
CARTOGRAPHIE DE L'INTERVENTION INFIRMIÈRE À L'AIDE DU SYSTÈME DE NOTATION DES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES TRANSPLANTATIONS HÉPATIQUES SANS EFFUSION DE SANG.....	74
ÉDUQUER POUR L'EXCELLENCE : ÉVALUER LES COMPÉTENCES NON TECHNIQUES DES ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN PRATIQUE CLINIQUE.....	75
APPLICATION DE MESURES D'ISOLATION MULTIMODALE POUR PRÉVENIR L'HYPOTHERMIE PÉRIOPÉRATOIRE CHEZ LES PATIENTS TRANSPLANTÉS HÉPATIQUES.....	76

UN NOUVEAU MONDE D'APPRENTISSAGE ANESTHÉSIE ET MÉDECINE DE SOINS INTENSIFS

Alan Šustić, M.D., Ph.D.
Université de Rijeka, Croatie



Dans la première partie de la conférence, l'auteur aborde les changements dynamiques des deux dernières décennies conditionnées par la mondialisation et la révolution informatique dans le contexte social plus large, puis les conséquences des changements dans le segment de l'éducation et de la médecine. Il explique également les différences et les conséquences du passage de l'ère dite industrielle à l'ère de l'information, ou la différence entre la pensée stratégique par rapport à la planification stratégique.

La deuxième partie de l'auteur de la conférence cite explicitement des différences spécifiques dans la pensée et la compréhension de la médecine clinique et de l'éducation entre l'ère industrielle et l'ère informatique.

Enfin, la dernière partie de la conférence souligne la nécessité de repenser, de repenser et de restructurer l'ensemble du processus éducatif dans tous les segments de l'anesthésie et de la médecine de soins intensifs et pour tous les profils de santé. Souligne en particulier l'importance de changer l'éducation afin d'acquérir des compétences nouvelles et différentes des élèves telles que l'évaluation critique, la transformation et la synthèse de nouvelles connaissances et de compétences générales et spécifiques en communication.

DÉVELOPPEMENT DE PROGRAMMES DE SPÉCIALISATION POUR INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN CROATIE

Snježana Čukljek, Ph.D.

Université des sciences de la santé appliquées de Zagreb



Au cours des vingt dernières années, diverses formes d'éducation formelle et permanente en soins infirmiers se sont développées en République de Croatie pour répondre aux exigences du système de soins de santé, au développement de la profession infirmière et aux aspirations des infirmières au développement professionnel.

L'enseignement supérieur en soins infirmiers en République de Croatie est conforme aux dispositions des directives européennes 2005/36 / CE et 2013/55 / UE, aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (Normes mondiales pour la formation initiale des infirmières et des sages-femmes) et au processus de Bologne et se concentre sur l'enseignement basé sur les résultats d'apprentissage. L'enseignement supérieur est dispensé à deux niveaux : premier cycle et deuxième cycle. À la fin des études de premier cycle, les étudiants peuvent poursuivre leurs études au niveau des études supérieures. À l'Université des sciences de la santé appliquées, en coopération avec la Société croate d'anesthésie, de réanimation, de soins intensifs et d'infirmières transfusionnelles, un programme d'études supérieures spécialisées pour les infirmières dans le domaine de l'anesthésie et des soins intensifs a été développé.

Les résultats d'apprentissage attendus du programme d'études sont conformes aux normes officielles pour l'enseignement supérieur en anesthésie et en soins intensifs de la Société croate des infirmières en anesthésie, réanimation, soins intensifs et transfusionnelles (CNSARICT), et aux directives de la Fédération européenne des infirmières en soins intensifs (EfCCNa) et de la Fédération internationale des infirmières et infirmiers Anesthésistes (IFNA). Une partie du contenu que les étudiants fréquentent est un contenu commun, mais la plupart sont spécifiques et liés au domaine de l'anesthésie. Les résultats d'apprentissage comprennent le développement de compétences génériques et de compétences professionnelles spécifiques et constituent une mise à niveau du contenu du programme de premier cycle et permettent aux diplômés de s'engager dans le travail dans le domaine de l'anesthésiologie.

Dès l'acceptation du programme par le Conseil d'experts de l'Université des sciences de la santé appliquée, le programme est envoyé à l'Agence pour la science et l'enseignement supérieur pour accréditation. La procédure d'accréditation comprend une évaluation du contenu du programme d'études et des conditions et possibilités de performance du programme de qualité.

Au cours de l'élaboration du programme, les sites cliniques, les enseignants et les associés qui participeront à la mise en œuvre du programme sont planifiés.

ANESTHÉSIE EXPERIENCES PERSONNELLES SYSTÈMES DE GESTION NUMÉRIQUE D'INFORMATIONS D'ANESTHÉSIE AIMS



Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen, Anne Marie Gran Bruun, Berit Taraldsen Valeberg
Østfold University College/Østfold Hospital Trust, Université du sud-est de la Norvège, Université métropolitaine d'Oslo

INTRODUCTION :

La saisie et la documentation des observations et des interventions dans la pratique de l'anesthésie ont subi des changements importants au fil des décennies. Le volume croissant de données complexes, de lois et d'initiatives d'amélioration de la qualité liées à la documentation clinique a favorisé la transition vers les dossiers numériques à partir des dossiers papier traditionnels. Les systèmes de gestion de l'information d'anesthésie (AIMS) ont été conçus pour extraire les informations des patients directement du poste de travail d'anesthésie et transmettre les données directement dans les systèmes de documentation et les bases de données. Les recherches antérieures se concentrent principalement sur l'utilisation pratique de l'AIMS plutôt que sur la façon dont elle est mise en œuvre et utilisée parallèlement à la surveillance clinique.

OBJECTIF :

L'objectif global était d'explorer les expériences du personnel d'anesthésie avec les AIMS numériques, à travers différentes approches.

MÉTHODES:

Les résultats présentés ici sont basés sur deux études :

- 1) une revue de la littérature des études axées sur les expériences du personnel d'anesthésie avec l'utilisation de l'AIMS numérique, et
- 2) une étude qualitative comprenant des entretiens individuels avec des Systematic Reviews. Nous avons suivi l'organigramme de PRISMA et les articles identifiés ont été évalués à l'aide de listes de contrôle d'évaluation critique. Dans l'étude 2, nous avons utilisé une stratégie d'échantillonnage téléologique et invité trois infirmières anesthésistes et trois anesthésiologistes de trois hôpitaux différents respectivement à participer. Les critères d'inclusion étaient un minimum de 50 pour cent de travail clinique et le fait d'avoir travaillé dans le service d'anesthésie au cours de la dernière année. Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse qualitative du contenu conformément aux recommandations de Graneheim et Lundman. L'étude a été menée conformément aux directives éthiques pour la recherche de la Déclaration d'Helsinki. L'étude a été approuvée par le Centre norvégien pour les données de recherche (NSD) (projet n° 599254).

RÉSULTATS :

473 enregistrements ont été recensés dans le cadre de la revue de la littérature. Sept dossiers ont fait l'objet d'une évaluation de qualité, représentant des recherches de la période 1991-2018, tous avec un plan quantitatif. Au total, 379 membres du personnel d'anesthésie ont été inclus. Les résultats ont été rassemblés dans les thèmes « satisfaction des utilisateurs>>, « technique

aspects>>, « Emplacement physique du système>>, « Saisie de données sur papier ou électronique>>, « Qualité de la soins>>, et « suggestions d'amélioration>>.

Dans l'étude qualitative, quatre catégories avant l'identification :

- 1) Equilibre entre l'évaluation clinique et le suivi,
- 2) Vigilance vis-à-vis du patient,
- 3) Le la collaboration infirmière-médecin;
- 4) les problèmes logiciels. Les participants ont décrit que l'anesthésie comprenait un équilibre continu entre l'évaluation clinique et la surveillance. Ils ont constaté que l'AIMS avait un impact sur leur vigilance vis-à-vis du patient pendant l'anesthésie. L'AIMS a affecté l'infirmière Collaboration des médecins. En outre, les participants ont souligné le manque de participation des utilisateurs et certains aspects de convivialité concernant l'AIMS.

CONCLUSION :

Les résultats indiquent des effets positifs et négatifs de l'AIMS. La collaboration et l'acceptation de la responsabilité mutuelle entre les infirmières anesthésistes et les anesthésiologistes pour l'observation clinique et l'administration de l'AIMS sont essentielles. Par conséquent, les expériences du personnel d'anesthésie devraient être incluses lors de la planification, de l'élaboration et de la mise en œuvre de systèmes de saisie de données numériques.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE EN SERVICE DE NEUROCHIRURGIE : ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT

Biljana Kurtović, BSN, MSN, PhD, professeur Krešimir Rotim, MD, PhD

Université des sciences de la santé appliquées, Zagreb, Croatie, Université des sciences de la santé appliquées, Zagreb, Croatie; Département de neurochirurgie, Centre hospitalier universitaire Sestre milosrdnice, Zagreb, Croatie

INTRODUCTION:

Malgré les progrès réalisés dans le développement de la médecine, de la pharmacologie et de la technologie, l'incidence de la douleur postopératoire reste élevée. Des études récentes montrent que 75% des patients éprouvent une douleur postopératoire et que jusqu'à 30% des patients ont l'expérience d'une douleur postopératoire modérée à sévère. Les options thérapeutiques pour la douleur postopératoire précoce peuvent être classées en fonction de la méthode d'administration d'analgésique. Les données indiquent que l'utilisation d'un régime analgésique peut avoir un effet différent par rapport à un autre en ce qui concerne les résultats axés sur le patient. L'analgésie contrôlée par le patient est une méthode interactive permettant aux patients de contrôler leur douleur de la manière dont ils administrent indépendamment des doses de médicaments analgésiques à l'aide d'une pompe informatisée. La pompe permet un flux basal continu de l'analgésie avec de plus petites doses de bolus intraveineux, obtenant ainsi une concentration constante du médicament analgésique dans le plasma.

OBJECTIF :

Déterminer l'efficacité de l'analgésie au paracétamol et au tramadol par pompe contrôlée par le patient et administration intermittente à l'aide du questionnaire abrégé de McGill sur la douleur après discectomie L4/L5 chez les patients neurochirurgicaux.

MÉTHODES:

L'étude a duré 14 mois et a impliqué 200 patients du service de neurochirurgie du Centre hospitalier universitaire Sestre milosrdnice. Les participants à l'étude étaient des patients ayant subi une discectomie lombaire élective de l'extrusion intervertébrale LIV - LV disc. La douleur postopératoire a été évaluée à intervalles de temps égaux sur 48 heures. La forme abrégée du questionnaire d'évaluation de la douleur de McGill a été utilisée pour l'évaluation de la douleur.

RÉSULTATS:

La perception de la douleur a été réduite dans les groupes de pompes analgésiques contrôlées par le patient après la deuxième mesure au cours du premier jour postopératoire [IC à 95%: -3,89, -0,76], quel que soit l'analgésique administré (p

CONCLUSION:

L'administration d'analgésie via une pompe contrôlée par le patient contribue à la Soulagement de la douleur postopératoire chez les patients neurochirurgicaux, quel que soit l'analgésique administré.

IDENTIFICATION DE L'ADN DIFFÉRENTIEL GÈNES DE MÉTHYLATION ET ENRICHISSEMENT VOIES AFFECTION ASSOCIÉE DOULEUR MODULATION CHEZ LES ADULTES NON SPÉCIFIQUES LOMBALGIE CHRONIQUE



Edwin N. Aroke, Ph.D., CRNA, FAAN, Burel R. Goodin, Ph.D.

Université de l'Alabama à Birmingham, École des sciences infirmières, Université de l'Alabama à Birmingham, Département de psychologie

INTRODUCTION :

La lombalgie chronique non spécifique (NSCLBP) est une affection musculo-squelettique courante entraînant souvent une inactivité physique, une invalidité et des coûts importants. Bien que la cause exacte de la NSCLBP reste inconnue, certaines preuves suggèrent que le traitement dysfonctionnel de l'entrée nociceptive endogène, mesurée par modulation conditionnée de la douleur (CPM), est associé à la cLBP et peut impliquer des changements dans l'expression des gènes neuronaux. En outre, des modifications épigénétiques telles que la méthylation de l'ADN (ADNm) sont associées à la LBPC.

OBJECTIF :

Cette étude visait à explorer la relation entre la CPM et les changements d'ADN chez les adultes avec et sans NSCLBP. Nous avons également déterminé les voies fonctionnelles enrichies par des gènes annotés en loci méthylés différemment (LMD) chez les patients présentant une CPM efficace versus déficiente.

MÉTHODES :

Après l'approbation de l'IRB, nous avons recruté des adultes atteints de NSCLBP (n = 48) et des témoins sans douleur (PFC; n = 50). La MPC a été évaluée en utilisant le paradigme séquentiel de stimulation de conditionnement nocif hétérotopique avec l'algométrie comme stimulus de test et l'eau froide nocive comme stimulus de conditionnement. L'ADN a été examiné en utilisant le séquençage du bisulfite à représentation réduite. L'enrichissement des termes d'ontologie génique (GO) et les analyses de la voie KEGG ont été appliquées pour identifier les voies clés impliquées dans la CPM efficace par rapport à la CPM déficiente.

RÉSULTATS :

Après avoir contrôlé plusieurs tests, nous avons identifié 759 et 304 LMD ($q < 0,01$ et différence de méthylation $> 10\%$) chez les adultes atteints de LBPC et de PFC, respectivement. De nombreux LMD annotés à des gènes qui enrichissaient de nombreux termes GO pertinents pour le traitement de la douleur, y compris la régulation de la transcription par l'ARN polymérase II, la liaison aux protéines, le système nerveux

INCIDENCE DES MAUX DE DOS CHEZ LES INFIRMIÈRES

Marica Jerleković¹, inf. aut., BsN, MsN



Kristian Civka², inf. aut., BsN, MsN

¹Département d'anesthésiologie, de médecine de soins intensifs et de gestion de la douleur, Université Centre hospitalier Sestre milosrdnice
²Département d'anesthésiologie, de soins intensifs et de thérapie de la douleur, Centre hospitalier universitaire Zagreb

Le mal de dos est l'un des plus gros problèmes de santé, et son incidence chez les professionnels de la santé, en particulier les infirmières, est significativement plus élevée que le reste de la population. Soulever de lourdes charges, Y compris soulever des patients, entre autres facteurs, est l'une des principales causes de maux de dos. Les maux de dos est la raison des maladies de longue durée et même de quitter la profession infirmière, qui directement remet en question le manque de personnel et l'embauche de nouveaux employés, et alourdit la charge pesant sur le reste du personnel. Le résultat d'une étude impliquant des infirmières, des bacheliers en sciences infirmières, des enseignants.

Les soins infirmiers, quels que soient les âges et les différentes durées d'expérience de travail, représentent un pourcentage élevé de maux de dos.

Bien que familières avec les techniques de repositionnement des patients, les infirmières les utilisent rarement. Les différentes aides utilisées dans les soins aux patients sont très rarement disponibles ou n'existent pas.

Porter des chaussures personnalisées ou l'utilisation d'une certaine forme de thérapie physique chez les infirmières est très rare. Adopter une protection adéquate et porter des chaussures adaptées sont également discutables. L'étude a été menée électroniquement dans deux hôpitaux cliniques centres avec un questionnaire conçu pour étudier l'incidence des maux de dos dans différents services hospitaliers (service de chirurgie, unités de soins intensifs, service de polyclinique, service pédiatrique, service interne service de médecine). On sait que l'application de principes ergonomiques et l'utilisation d'aides permettent d'assurer la sécurité du patient manipulation et réduction de la charge physique sur le système musculo-squelettique des infirmières. Pour cela raison, il est nécessaire de normaliser les mesures de sécurité et de santé professionnelles et de les mettre en œuvre.

MENACE ET DÉFI INVISIBLES - PERCEMENT DU TUBE GONFLEUR ENDOTRACHÉAL SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE EN POSITION COUCHÉE : UN RAPPORT DE CAS



Yan Chunji, Kang Jiamin, Tu Shumin, Xing Xueyan, Zhou Fang
Université médicale de Xuzhou, Hôpital Tsinghua Changgung de Pékin, École de médecine clinique, Université Tsinghua,
Université de médecine de Xuzhou

INTRODUCTION :

L'homme de 73 ans, atteint d'une sténose spinale thoracique 8-11e, a reçu un total laminectomie avec microscopie sous anesthésie générale. Examens cliniques tels que médicaux Les antécédents et l'examen physique sont effectués à la clinique d'anesthésie avant la chirurgie. Mallampati grade II, dents endommagées incomplètement. Jusqu'à la micro-chirurgie, 2 heures plus tard, le La boîte de ventilation ne peut pas être gonflée, puis le problème de fuite du circuit de ventilation mécanique s'est produit. Le brassard trachéal est détecté pour s'effondrer aplati, l'inflation est mesurée à plusieurs reprises, Le brassard s'effondre lentement environ 10 minutes, ce qui entraîne une fuite de ventilation circuit mécanique.

OBJECTIFS :

1. Revoir le test de fonction de la sonde endotrachéale avant l'induction
2. Revoir la fixation de la sonde endotrachéale
3. Comment évaluer les dents
4. Analyser l'effet de la position couchée sur le ventre pour les dents de morsure endotrachéales du tube endotrachéal et de la bouche
5. Gestion des ressources de crise pour le dysfonctionnement du circuit respiratoire dans une posture chirurgicale restrictive

MÉTHODES :

1. Utilisez la méthodologie de traçage pour mener une enquête de processus, suivre le nœud de processus événements d'erreur des patients anesthésiques chirurgicaux à partir d'une sauvegarde de l'anesthésie, d'un transfert peropératoire changement de position en anesthésie, fixation du cathéter trachéal, événement anormal, plan d'urgence, traitement de réanimation anesthésique et autres erreurs de processus (Figure 3:méthodologie du traceur pour le processus d'anesthésie));
2. Utilisez la structure donabédienne - processus - résultat pour améliorer la qualité;
3. Formation non technique sur les compétences et les aptitudes - gestion des crises périopératoires

RÉSULTATS:

1. Diagramme de suivi du processus d'anesthésie2. Obtenir plusieurs nœuds clés importants de gestion des voies respiratoires dans le processus d'anesthésie (Figure 4 : fixation du tube endotrachéal) (1) Évaluation pré-anesthésique : évaluer uniquement l'intégrité des dents, l'état des dents manquantes, et n'atteignent pas les effets de la fixation du cathéter, de la gestion post-couchée des voies respiratoires et d'autres Effets sur les stratégies préventives (2) Événements anormaux en anesthésie

- processus de détection: l'importance de la connaissance-croyance action pour le personnel
- (3) Événements anormaux en anesthésie
- gestion des ressources de crise : formation et exercices pour le personnel à connaître, à croire et à pratiquer
- (4) Événement d'erreur après anesthésie
- travaux d'amélioration des ganglions

CONCLUSION:

La position chirurgicale est une partie importante de la gestion de l'anesthésie implique prise en charge hémodynamique, techniques d'anesthésie, surveillance, etc. Le changement de posture est encore plus difficile pour la gestion des voies respiratoires. Différentes positions chirurgicales, telles que couchée sur le dos, les positions couchées, latérales et assises posent des défis professionnels pour la gestion de l'anesthésie.

Pour la chirurgie de la colonne vertébrale, l'anesthésie générale est utilisée pour l'intubation trachéale, et la position couchée est souvent utilisée. Le point principal de cette position est que la poitrine doit être placée sur un coussin moelleux avec une grande ouverture, de sorte que l'estomac et la poitrine peuvent suivre la respiration. Mettez des coussins moelleux sous vos genoux et soulevez légèrement vos mollets. La position de la tête peut être face vers le bas (c'est-à-dire couché position couchée), l'utilisation de supports pour rendre la structure osseuse porteuse, et la fixation pour faire la colonne cervicale en position neutre. Une autre option peut également être tournée sur le côté (c'est-à-dire couché position couchée)

En raison de l'anesthésie générale pour l'intubation trachéale, la mise en place du tube trachéal après la couché sur le ventre est important pour la gestion des voies respiratoires, une ventilation pulmonaire efficace, un visage les nerfs, la protection de la peau et la position correcte du tube trachéal pendant l'anesthésie générale.

Il fait l'objet d'une surveillance étroite. Parmi eux, les oreillers avec incisions latérales peuvent facilement placez des tubes trachéaux d'anesthésie pour maintenir une ventilation efficace.

UN PROJET HOSPITALIER BRITANNIQUE VISANT À REMPLACER LA FIXATION PAR SUTURE DE CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX À COURT TERME PAR UN DISPOSITIF DE FIXATION ADHÉSIVE GRIP LOK

Andrew Barton TEHMED



La suture à court terme de cathéters veineux centraux non tunnelliés (STNT-CVC) est la solution technique privilégiée de sécurisation dans la plupart des hôpitaux britanniques.

Cette pratique va de pair avec l'utilisation de l'échographie pour canuler la veine jugulaire interne comme premier choix pour la mise en place qui a été recommandé au Royaume-Uni depuis 2002, date à laquelle des lignes directrices nationales ont été introduites.

Depuis ce temps il n'y a pas eu d'examen national de cette pratique. Des données récentes ont mis en évidence les avantages de sécuriser les dispositifs d'accès vasculaire sans suture pour réduire le risque d'infection et se déplacer loin de la jugulaire interne comme premier vaisseau de choix pour le placement.

Une nouvelle voie clinique pour la fixation des cathéters veineux centraux, à la fois aiguë et à long terme. A été créé avec GripLok CVC comme principale méthode de fixation utilisée.

La voie a été testée dans un hôpital général d'urgence au Royaume-Uni. L'essai de ce dispositif de fixation a été un succès, nous avons vu que Griplok CVC a eu autant de succès dans la sécurisation CVC que suture avec beaucoup moins de complications qui peuvent être associées à la suture.

APPLICATION DES SOINS HUMANISTES DANS LES SOINS INFIRMIERS ANESTHÉSIIQUES



Qian Zhang, Yanli Ma

Hôpital Tsinghua Changgung de Pékin, École de médecine clinique, Université Tsinghua, Département d'anesthésiologie, Pékin, Chine, Beijing Tsinghua Changgung Hospital, École de Médecine clinique, Université Tsinghua, Département d'anesthésiologie, Pékin, Chine

INTRODUCTION :

Les soins anesthésiques sont une partie importante des soins péri opératoires. Création d'un environnement clinique confortable, et fournir des soins humanistes est nécessaire pendant les soins infirmiers anesthésiques.

AIM : Le but de cette étude était de tenter d'explorer l'effet d'application des soins humanistes en soins infirmiers anesthésiques.

MÉTHODES :

Nous avons recruté 100 patients ayant subi une intervention chirurgicale sous anesthésie générale en Hôpital Tsinghua Changgung, entre avril 2021 et septembre 2021. Selon la méthode de la table des nombres aléatoires, ces patients ont été regroupés dans le groupe témoin et le, avec 50 cas dans chaque groupe. Le groupe témoin a été mis en œuvre de routine tandis que le groupe d'observation a mis en œuvre les soins humains dans les soins infirmiers. L'auto-évaluation l'échelle de dépression (SDS) a été utilisée pour évaluer la dépression et l'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété (SAS) a été utilisé pour mesurer l'anxiété. La satisfaction des patients 24 heures après l'opération a été comparée entre les deux groupes.

RÉSULTATS :

Les scores SAS et SDS étaient statistiquement plus faibles dans le groupe d'observation que ceux du groupe témoin ($P < 0,05$).

CONCLUSION :

Il est suggéré que l'application des soins humanistes dans les soins infirmiers anesthésiques améliore considérablement la satisfaction des patients et la satisfaction au travail des infirmières anesthésiques.

INFIRMIÈRE ANESTHÉSISTE ET SURSPÉCIALITÉ PRATIQUE : GESTION AVANCÉE DE LA DOULEUR PROGRAMMES DE BOURSES AUX ÉTATS-UNIS

Jackie Rowles, DNP, MBA, MA, CRNA, ANP-BC, NSPM-C,



FAANA, FAAN

La crise des opioïdes a révélé des années de gestion médicale inadéquate de la douleur. Cette présentation examine l'histoire de la spécialisation des infirmières anesthésistes dans la pratique de la gestion de la douleur dans les États-Unis. Les faits saillants comprennent les défis, la mise en œuvre et la validation des certificats certifiés

Les infirmières anesthésistes se lancent dans une pratique avancée de gestion de la douleur. La pratique de surspécialité est validé par la création de bourses universitaires accréditées et d'un examen de certification du conseil d'administration dans la gestion non chirurgicale de la douleur.

AMÉLIORER LES RÉSULTATS POUR LES PATIENTS GRÂCE À LA PRATIQUE DOCTORALE

Cormac T. O'Sullivan
Université de l'Iowa



INTRODUCTION :

Le doctorat pratique (DNP ou DNAP) est le diplôme requis pour entrer dans le domaine de l'anesthésie infirmière aux États-Unis à partir de 2025. Tous les programmes éducatifs sont maintenant requis pour décerner un doctorat en pratique. On s'inquiète du fait que le doctorat est simplement un diplôme plus coûteux qui n'améliore pas la pratique ou les résultats pour les patients. L'ensemble de la compétence obtenue au cours de la formation doctorale comprend des sujets non présents dans la formation de master et améliore les soins et les résultats pour les patients.

OBJECTIF :

1. Discuter des avantages de la préparation au doctorat pour les ARNC
2. Examiner la valeur ajoutée aux opportunités de pratique d'un CRNA grâce aux connaissances acquises pendant la formation doctorale
3. Discuter de projets exemplaires de DNP qui ont amélioré les résultats pour les patients et réduit les coûts pour le système de soins de santé multiples

MÉTHODES :

Tous les projets doctoraux du CRNA réalisés dans un grand centre de santé universitaire ont été examinés et classés par domaine thématique, niveau de mise en œuvre et résultats. Les projets étaient les suivants :

Examiné par un groupe de membres du corps professoral et de praticiens professionnels. Les praticiens qui ont été contactés et interviewés au sujet de leur pratique depuis leur diplomation.

RÉSULTATS :

104 projets de doctorat en pratique infirmière (DNP) ont été réalisés sur une période de 9 ans. Les catégories thématiques comprenaient l'intervention directe en matière de soins aux patients, la sécurité des patients, l'éducation, l'éthique, politique, juridique et réglementaire, et la simulation de crise. Les niveaux de mise en œuvre ne comprenaient pas, partiel, complet, continu et terminé. Les résultats allaient de la réalisation de changements au sein du conseil d'administration professionnel des politiques visant à réduire la morbidité et la mortalité et à réaliser des économies.

CONCLUSION:

Les connaissances acquises au cours de la formation doctorale se concentrent sur différents domaines que ce qui est appris au cours d'une formation non doctorale. Les compétences acquises peuvent améliorer CRNA, améliorer les résultats pour les patients et réduire les coûts des soins de santé. Les ARNC sont très instruits et des praticiens cliniques qualifiés et l'ajout d'ensembles de compétences de doctorat pratique est bénéfique pour les ARNC individuels et le système de santé.

RÈGLES POUR LE BAC À SABLE. ENSEIGNER ET PRATIQUER L'HUMILITÉ CULTURELLE DANS LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE ANESTHÉSISQUE

Richard Flowers, DNP, CRNA, CHSE



École de médecine de Wake Forest, Département des soins infirmiers universitaires

INTRODUCTION :

L'éducation aux compétences culturelles a longtemps été présentée comme une solution aux inégalités en santé en Amérique. Ces dernières années, l'idée que l'on peut devenir compétent dans une autre culture que la nôtre a été étiquetée comme une approche arrogante qui est irréalisable. Un manque important de diversité dans la profession d'infirmière anesthésiste aux États-Unis existe, contribuant à la santé

Disparités. Environ 11% des 55 000+ infirmières anesthésistes en exercice proviennent de moins des minorités de population, ce qui est bien inférieur à celui de la population américaine (~40%).

Diversité et efforts d'inclusion Les efforts de recrutement sont en cours, mais ne s'attaquent pas aux obstacles liés au mode de sélection en exercice. La pratique de l'humilité culturelle a été suggérée comme une alternative à l'éducation fondée sur les compétences culturelles comme cadre de changement au sein de la profession.

OBJECTIF:

L'humilité culturelle est basée sur la compréhension que l'on ne peut jamais être pleinement informé sur la culture des autres. Cette compréhension fondamentale affecte la façon dont nous abordons et interagissons avec nos patients. Au lieu de les approcher en supposant que nous avons appris tout ce que nous devons savoir pour prendre soin d'eux, nous les abordons avec une attitude de l'humilité à l'égard de notre compréhension complète de la façon dont les différences culturelles peuvent entraver leur capacité à recevoir les soins dont ils ont besoin à ce moment-là. L'humilité culturelle repose sur soi-même la réflexion et la reconnaissance du fait que l'éducation interculturelle est une éducation permanente en constante évolution processus d'apprentissage. Les efforts d'éducation se sont concentrés sur la pratique de l'humilité culturelle au sein de la profession infirmière d'anesthésie et les programmes éducatifs pourraient améliorer les soins interculturels et réduire les disparités connexes en matière de santé.

MÉTHODES:

Atteindre l'objectif d'amélioration de l'éducation culturelle en anesthésie infirmière programme d'études Wake Forest School of Medicine Nurse Anesthesia Program a mis en œuvre une humilité a été abordée tout au long du cursus de première année qui consistait en une série de 6 « déjeuners et Apprendre » avec des conférenciers représentant diverses populations sous-représentées dans la communauté locale. Les élèves ont complété des exercices de journalisation réflexive tout au long du programme. Les résultats de cette mise en œuvre ont le potentiel d'améliorer les soins interculturels grâce à la prestation d'un programme unique d'humilité culturelle.

RÉSULTATS :

Un examen des réponses des étudiants a montré un impact positif de ce programme en ce qui concerne la sensibilisation aux disparités liées à un manque de diversité dans l'anesthésie infirmière ainsi que la mise en œuvre de l'humilité culturelle dans la pratique.

CONCLUSION:

La pratique de l'humilité culturelle est un outil prometteur dans la réduction des inégalités dans la santé, les disparités liées à l'insuffisance des soins interculturels aux patients. La mise en œuvre de l'humilité culturelle au programme d'études dans le domaine de l'éducation en anesthésie infirmière et les programmes de formation continue destinés aux infirmières anesthésistes en exercice sont proposés comme outils pour réduire les disparités.

NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES NATIONALES POUR LA FORMATION DES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN NORVÈGE

Rita Stenseth

Hôpital universitaire du nord de la Norvège



INTRODUCTION :

En Norvège, un nouveau programme national pour la formation des infirmières anesthésistes a été légiféré en octobre 2021. Il est appliqué à partir de janvier 2022. La Norvège a commencé l'éducation des infirmières anesthésistes en 1947. L'enseignement comportait, dans une certaine mesure, des formations en milieu hospitalier. En 1998, l'éducation a été mise en œuvre dans les collèges universitaires, et nous avons obtenu un cadre national pour assurer des normes égales au niveau national. Ce cadre était le dernier révisé en 2005. Tant le gouvernement norvégien que les autorités sanitaires nationales voulaient un cadre éducatif plus souple pour les professionnels des soins infirmiers avancés, d'où les programmes nationaux nouveaux étaient justifiés.

OBJECTIFS :

Le but de la présentation est de donner un aperçu du développement de l'infirmière anesthésiste et d'introduire le nouveau programme. Implications possibles sur les soins d'anesthésie clinique et la norme de pratique en Norvège seront discutés.

MÉTHODES:

En janvier 2020, un groupe sélectionné d'infirmières anesthésistes universitaires et cliniques a commencé à élaborer le programme d'études. Ils ont été nommés par le ministère de l'Intérieur d'Éducation et recherche. Le groupe était composé de quatre membres des universités et de quatre des membres des services d'anesthésie représentant les hôpitaux de toutes les régions sanitaires, y compris : une infirmière anesthésiste étudiante. Le mandat était de créer un programme d'études pour le futur et conforme aux besoins de compétence des systèmes de soins de santé et aux besoins des patients en matière de les services de soins de santé.

Le groupe a utilisé la norme norvégienne pour la pratique sûre de l'anesthésie et la norme internationale des normes d'éducation, de pratique et de surveillance de l'IFNA ainsi que inspiration. Le programme décrit les objectifs de l'éducation et les acquis d'apprentissage conformément au cadre européen des certifications (CEC). L'enseignement de l'infirmière

anesthésiste norvégienne est désormais au niveau 7 (niveau master) du CEC. Les résultats d'apprentissage sont décrits dans la section en termes de connaissances, d'aptitudes et de compétences.

RÉSULTATS:

Le nouveau programme décrit très bien les fonctions de base d'une infirmière anesthésiste spécifiquement. Il stipule que les infirmières anesthésistes doivent être en mesure d'administrer une anesthésie aux patients classés ASA 1 et 2, et en coopération avec un anesthésiologiste fournir des soins d'anesthésie aux patients ayant un score d'AAS plus élevé. En outre, il classe sept domaines de compétences avec les résultats d'apprentissage connexes. Le programme décrit également comment les études cliniques devraient être gérées et comment les universités et les départements d'anesthésie devraient coopérer pour aider les étudiants à atteindre leurs résultats d'apprentissage.

BEAUTÉ (COLLATÉRALE) DE L'ANESTHÉSIOLOGIE : 10 raisons pour lesquelles je suis infirmière Anesthésiste



SANDRO VIDMANIĆ, INF. AUT., BSN, MSN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RIJEKA, CLINIQUE D'ANESTHÉSIOLOGIE,
MÉDECINE DE SOINS INTENSIFS ET GESTION DE LA DOULEUR, RIJEKA, CROATIE

INTRODUCTION:

L'anesthésiologie, une fusion de la science et de l'art d'aider les autres, avec son Au début, il plonge profondément dans l'histoire de l'humanité. La vraie histoire commence le 16 octobre, 1846. lorsque William Thomas Green Morton (1819.-1868.) a effectué la première anesthésie étherique sur un patient pour une chirurgie de la tumeur du cou, après quoi l'ère de l'anesthésiologie moderne a commencé.

AIM :

En parlant d'anesthésiologie, nous entrons dans le monde de ses collatéraux et polymorphes Beauté - la beauté qui nous relie, qui améliore la qualité de vie, prévient et guérit. C'est vrai en tout et imprègne sa propre base scientifique ce qui en fait un chef-d'œuvre.

MÉTHODES:

À l'ère moderne, où le niveau d'information qu'un individu reçoit quotidiennement base est égale à celle qu'une personne vivant il y a 100 ans recevrait dans toute sa vie, La communauté, la société et l'individu vont de l'avant de façon imparable.

RÉSULTATS:

La vitesse de ce mouvement peut parfois devenir fatale et provoquer une mauvaise orientation dans notre but, notre but et la réalisation de notre propre potentiel. La vie en médecine est spéciale chez tant de gens

Moyens - parfois difficiles à comprendre et à comprendre à la société au sens large - le la combativité et la symbiose que nous réalisons avec chaque individu que nous aimons, vivant la vie à l'intérieur vie. En fin de compte - nous sommes tous des artistes avec une riche collection de petites œuvres d'art qui se sont unies

Faites de grandes choses et apportez des améliorations.

CONCLUSION:

Et c'est ce qui rend notre profession économe - la vie, l'amour, la connaissance, engagement, largeur d'action, éducation, bonheur, soins, science et art.

MOTS-CLÉS : infirmière anesthésiste, beauté de l'anesthésie

IMPACT DE LA PANDÉMIE SUR LES PERSONNES CERTIFIÉES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES AUTORISÉES (AINC)

Lorraine Jordan, Ph.D., CRNA, CAE, FAAN, Ruby Hoyem, PhD
Association américaine d'anesthésiologie infirmière



INTRODUCTION :

La pandémie de COVID-19 a eu un impact profond sur la prestation des soins de santé en termes d'effets à court et à long terme sur le système de prestation de soins de santé. Initialement, la pandémie a eu une incidence sur la planification de la capacité, la dotation en personnel et les opérations des installations, mais à long terme et le gouvernement fédéral des États-Unis envisagent des changements permanents dans la réglementation des fournisseurs et des installations par l'élimination des obstacles à la pratique.

AIM :

Sur la période 2020-2021, l'American Association of Nurse Anesthesiology (AANA) a entrepris de nombreuses initiatives de recherche pour examiner l'impact de la pandémie sur les ARNC. L'AANA a étudié les changements d'emploi, les changements de pratiques, les influences sur la santé et le bien-être, et les effets des décrets d'urgence des États et du gouvernement fédéral qui ont réduit le fardeau réglementaire sur le champ d'exercice de l'ARNC.

MÉTHODES:

Ces études ont utilisé des méthodes quantitatives et qualitatives. Trois enquêtes sur les l'adhésion à l'AANA a été menée à divers moments en 2020 afin d'évaluer l'impact de la pandémie. Les questions de l'enquête étaient liées à leur emploi, à leur santé et à leur bien-être; les changements dans leur pratique concernant leurs rôles élargis à l'extérieur de la RO et l'effet de l'éliminer les obstacles réglementaires. De plus, une étude qualitative a été menée auprès des entrevues avec 29 ARNC qui ont cerné des thèmes concernant les expériences des ARNC au cours de la Pandémie.

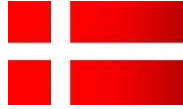
RÉSULTATS:

Les résultats indiquent que les ARNC ont subi de graves répercussions négatives sur leur emploi dans les premières semaines de la pandémie, lorsque les établissements ont cessé toutes les interventions chirurgicales non urgentes et non urgentes. Pour les ARNC qui sont restés employés, protection personnelle les pénuries d'équipement (EPI) et le manque de tests ont créé un environnement de pratique difficile. Sur temps, de nombreux CRNA ont également pu appliquer leurs compétences dans de nouvelles façons de soigner les patients COVID et dans certains endroits, sans supervision de médecins comme l'exigeait auparavant la loi de l'État.

CONCLUSION :

Répercussions liées à l'emploi et à la planification des installations au début de La COVID-19 a été chaotique et grave. Au fil du temps, les ARNC sont devenus des contributeurs importants à l'effort en matière de soins aux patients. Collectivement, les résultats de toutes les études suggèrent que les ARNC aux États-Unis les États ont contribué aux efforts de réponse à la COVID-19 de manière significative et passionnante

L'INCIDENCE DES MAUX DE GORGE POST OPÉRATOIRES APRÈS INTUBATION TRACHÉALE AVEC UN TUBE ENDO BRONCHIQUE À DOUBLE LUMIÈRE



Lise Hansen, Carsten Michel Pedersen

Département de chirurgie cardiothoracique, Hôpital universitaire de Copenhague,
Département de Chirurgie cardiothoracique, Hôpital universitaire de Copenhague

INTRODUCTION :

Le mal de gorge postopératoire (POST) est un événement indésirable fréquent après trachéale Intubation. POST couvre un large éventail de symptômes et peut entraîner un retard dans le postopératoire réhabilitation. Il semble probable que les symptômes des patients soient dus à des dommages du mucus membranes, causées par la gestion des voies respiratoires. L'auto-test de démarrage (POST) est le deuxième effet indésirable le plus fréquent et a une incidence signalée de 21 % à 65 %. Des facteurs tels que la taille du tube endotrachéal (ETT),

La gestion des voies respiratoires et la pression du brassard font partie des facteurs mentionnés pour avoir une influence sur PUBLIER. Des recherches antérieures montrent que la kétamine, la dexaméthasone ou la réglisse peuvent réduire la sensation de POST. Il y a plus de risques pour les femmes, le jeune âge, les maladies pulmonaires préexistantes et durée prolongée de l'anesthésie. Un DLT a un diamètre extérieur plus grand que l'ETT ordinaire.

La différence entre un ETT de taille 7 et un tube endobronchique (DLT) à double lumière de taille 35Fr est 1,2 mm. Le risque d'obtenir un POST augmente avec un DLT (RC 2,55). Au ministère de la chirurgie cardiothoracique, hôpital universitaire de Copenhague, environ 1100 patients sont prévus annuellement pour la chirurgie thoracique avec une nécessité de ventilation à un poumon. Nous avons donc décidé étudier l'incidence de l'auto-test de démarrage (POST) après l'utilisation de la DLT.

OBJECTIF :

En raison de la littérature limitée concernant la DLT et le POST, l'objectif de cette étude est d'obtenir une compréhension de POST par rapport à la DLT.

MÉTHODES :

Une étude quantitative prospective pour évaluer POST dans 100 sélectionnés séquentiellement patients devant subir une chirurgie thoracique nécessitant une ventilation à un poumon, ont obtenu avec un VivaSight DLT taille 35Fr ou 37Fr. Les données ont été consignées sur deux formulaires distincts de déclaration de cas (CRF) et anonymisé pour les chercheurs utilisant des encodages assignés au hasard. Un rempli par l'infirmière anesthésiste où le sexe, la taille de la DLT, les informations concernant l'intubation, le score SARI,

La pression du brassard et le traitement médicamenteux ont été enregistrés. Le deuxième formulaire rempli par l'USP infirmière en coopération avec le patient pour enregistrer le score de gravité postopératoire. Maux de gorge toux et enrouement a été enregistré avec un score NRS de 0 à 3.

RÉSULTATS :

46,6% (48/103) des patients ont un score NRS de >1 (0-9) et en font l'expérience complication dans une plus ou moins grande mesure. L'incidence du POST est donc évaluée significativement. En général, les scores NRS sont faibles, donc même si l'incidence de POST

semble élevé, la gravité de l'auto-test de démarrage (POST) montre des mesures faibles. 59,6 % de femmes et 31,4 % d'hommes avaient des scores NRS >1. Les femmes avaient des scores moyens de SNR significativement plus élevés (0,95) que les hommes (0,40). L'intubation avec un DLT 35Fr et les multiples tentatives d'intubation sont liées à une NRS-score. 14 patients ont été intubés lors de la deuxième ou troisième tentative, et 50 % d'entre eux ont connu un POST. Les patients ayant reçu 8 mg de dexaméthasone avaient des scores NRS plus faibles par rapport aux patients qui ont reçu moins ou pas de stéroïdes.

CONCLUSION :

Les 46,6% de patients qui ont présenté un POST sont comparables à d'autres études.

Il n'y a pas de différence dans l'auto-test de démarrage (POST) pour les patients atteints d'un DLT par rapport aux patients atteints d'un ETT.

Les femmes avaient des scores NRS moyens significativement plus élevés, ce qui confirme les études précédentes. Non une corrélation significative entre l'IRAS et l'POST a été trouvée. L'IRAS peut être utilisée pour réduire plusieurs tentatives d'intubation, ce qui réduit l'incidence de POST. Dexaméthasone (8 mg) réduit l'incidence de l'auto-post. Aucun effet significatif de la lubrification et de l'oxynorm ont été trouvés. Malgré l'incidence élevée de l'auto-test de démarrage (POST), les scores NRS étaient relativement faibles pour patients intubés avec un DLT.

TRAUMATISME CRÂNIEN ET OXYGENOTHERAPIE HYPERBARRE



Mario Dugonjić, Emanuela Marcucci

Hôpital clinique Centar Rijeka, Clinique d'anesthésiologie, de médecine intensive et de douleur gestion, Département de médecine sous-marine et hyperbare, Centre hospitalier clinique Rijeka, Département de médecine sous-marine et hyperbare, Centre hospitalier clinique de Rijeka

INTRODUCTION :

Les traumatismes crâniens ont un impact socio-économique négatif énorme sur la société. Par exemple, il y a plus de 4 millions de cas de gravité variable aux États-Unis. chaque année, dont plus de 50 000 sont mortels. On estime que plus de 2 % des États-Unis vit avec une incapacité permanente due à un traumatisme crânien, ce qui coûte au budget de 75 milliards de dollars.

AIM :

Description du cas : Cet article décrit le cas d'un patient de 24 ans qui a souffert d'un Lésion cérébrale traumatique grave après une collision avec un objet immobile dans une voiture. Le patient était admis au centre hospitalier clinique Rijeka dans l'unité de soins intensifs le 25 juillet 2020. Le traitement à l'oxygène hyperbare a débuté le 4 août 2020 et 22 scéances de traitement par OHB ont été effectués, que le patient subit sans difficultés et au cours duquel ses fonctions motrices se sont rétablies de manière significative.

MÉTHODES :

Discussion : Considérer la pathogenèse des lésions cérébrales traumatiques, deux principaux Les causes de lésion du tissu cérébral peuvent être distinguées : une cause mécanique primaire et une cause secondaire cause ischémique, causée par une diminution du flux sanguin cérébral et une hypoxie tissulaire consécutive.

Surtout dans les premières 24 heures après la blessure. En raison de l'hypoxie marquée, le tissu cérébral rapidement transitions du métabolisme aérobie au métabolisme anaérobie extrêmement inefficace, entraînant une

Production d'ATP et apoptose des cellules cérébrales. L'oxygénothérapie hyperbare agit sur le secondaire dommages neuronaux causés par l'ischémie en augmentant la quantité d'O₂ inhalée (100% O₂ à > 1 ATA) et la quantité d'O₂ dissoute dans le plasma.

RÉSULTATS:

CONCLUSION: Conclusion: Il est important de noter que rien n'empêche la performance des soins intensifs et de l'anesthésie dans le système hyperbare tant que toute la sécurité

Les aspects que le système hyperbare implique sont remplis. Anesthésie et traitement intensif à l'intérieur du système hyperbare sont de la même qualité qu'à l'extérieur du système hyperbare.

ÉCOLOGISATION DU BLOC OPÉRATOIRE : QUE POUVONS-NOUS FAIRE POUR RENDRE LE PROCESSUS PÉRIOPÉRATOIRE PLUS ÉCOLOGIQUE

Rachel Smith-Steinert
Université de Cincinnati
INTRODUCTION :



Bien que l'anesthésie infirmière ait une longue histoire enracinée dans la sécurité des patients, la santé des populations n'a pas toujours été une priorité. Il existe un manque de connaissances dans le domaine écologique dans la Communauté médicale en ce qui concerne les conséquences sanitaires indirectes des déchets et des déchets dangereux pour l'environnement. Aucune ligne directrice ou recommandation ne traite de l'empreinte carbone dans les soins de santé pourtant, les soins de santé sont un contributeur majeur aux émissions de gaz à effet de serre et aux déchets solides. Le secteur de la santé représente 8% des émissions totales de gaz à effet de serre des États-Unis. Les hôpitaux sont les plus gros contributeurs. Les salles d'opération aux États-Unis génèrent 5,9 millions de tonnes de déchets, soit 20 à 30% des total des déchets hospitaliers. L'emballage des matériaux est une partie énorme. Le flux de déchets d'anesthésie représentait 25 % du total des déchets de bloc, dont 60 % sont recyclables. De plus, l'inhalation des agents que nous utilisons sont des gaz à effet de serre qui appauvrissent également l'ozone. Les gaz anesthésiques comprennent hydrofluorocarbures, sévoflurane et desflurane, et chlorofluorocarbures, isoflurane et Oxyde nitreux. 5% du gaz administré est métabolisé avec 95% expiré et évacué via le charognard. En 2014, les rejets de ces gaz s'élevaient à l'équivalent de 3 millions de tonnes de CO₂, dont 80 % sont liés à l'utilisation de desflurane. La durée de vie atmosphérique du Desflurane est de 21,4 ans vs Sevoflurane qui est de 1,4 ans. En d'autres termes, une heure d'utilisation de Desflurane est égal à 450 miles de conduite d'une voiture, avec Sevoflurane à 8 miles.

OBJECTIF:

Le but de cette conférence est que le participant examine sa propre pratique et envisager des méthodes pour rendre les services préopératoires plus respectueux de l'environnement qui améliorera la santé des plantes et de tous ses habitants, pas seulement le patient de la salle d'opération table.

MÉTHODES:

Cette conférence se concentrera sur les façons dont les fournisseurs d'anesthésie peuvent pratiquer dans un de manière durable et discutera des projets d'amélioration de la qualité réels où la littérature était appliqué. Les projets qui restreignent l'utilisation du desflurane seront discutés ainsi que leurs économies de coûts. Le TIVA et les blocs nerveux périphériques offrent des options anesthésiques encore plus durables. D'autre pratiques d'écologisation seront discutées. Articles à usage unique (lames de laryngoscope, bronchoscopes) peuvent être recyclés. S'ils sont réutilisés, les procédés de nettoyage au glutaraldéhyde sont toxiques. Des Discussions évaluent des options de nettoyage « plus écologiques ». Certaines pratiques ont commencé à réutiliser les circuits respiratoires, avec l'inclusion d'un filtre hydrophobe pour le contrôle des infections. Nous pouvons réutiliser des oxymètres de pouls ou brassards NIBP (ou recycler) et utiliser des seringues préremplies (les médicaments ont des délais d'expiration plus longs, réduit gaspillage, moins d'erreurs de médicament avec un mauvais

étiquetage/remplissage). L'augmentation des concentrations environnementales, Le propofol dans le sol et l'eau sera discuté. Utiliser des ampoules de taille appropriée pour éviter Le gaspillage avec la pharmacie fendue sous une hotte est recommandé. Stratégies visant à réduire la consommation d'énergie être exploré. L'impact du recyclage des pellicules de plastique bleu, des plastiques médicaux et des piles sera Discuté. Les équipements inutilisés et inutiles peuvent également être donnés aux pays en cas de besoin, suivre les directives de l'OMS pour un don responsable. Enfin, les stratégies pour créer un « vert » sera discuté.

RÉSULTATS:

Les fournisseurs d'anesthésie sont dans une position unique pour diriger le changement grâce à notre interaction avec de nombreux professionnels hospitaliers (soins infirmiers, chirurgie, gestion, services environnementaux, etc.). Les fournisseurs d'anesthésie peuvent diriger en améliorant la conception de la salle d'opération, le choix de l'anesthésie et la gestion, l'élimination et le réacheminement des déchets. Le coût, la sécurité ET la durabilité sont le « triple » en bout de ligne ». La technologie évolue et notre pratique doit également rester durable et maintenir la santé globale de la planète.

CONCLUSION:

Grâce à des modifications de l'éducation et de la pratique, l'anesthésie infirmière peut mener le moyen de rendre les services préopératoires plus respectueux de l'environnement.

SIMULATION DIRIGÉE PAR LES ÉTUDIANTS

May-Lena Färnert

Hôpital universitaire Karolinska Suede



INTRODUCTION :

Aujourd'hui, il est nécessaire d'adapter la formation infirmière spécialisée à l'exigence. Il y a eu récemment de grands groupes d'étudiants, ce qui impose de nouvelles exigences aux universités et dans les unités d'anesthésie clinique. Goldsmith et coll. croient que le développement d'un environnement d'apprentissage où l'élève peut se développer à son propre rythme et où il est acceptable de poser des questions est très important (Goldsmith, 2005). La simulation a été utilisée en anesthésie depuis de nombreuses années, il est décrit à partir de l'Université de Stanford déjà au milieu Années 80. La simulation s'est ensuite concentrée sur les moments critiques de l'anesthésie et sur la façon dont ils devraient être gérés. (Le Blanc, 2012). Afin de tirer le meilleur parti de la formation par simulation et d'améliorer les compétences, une formation répétée est nécessaire (Zausig 2009). L'environnement clinique est l'un des plus des éléments importants de la formation infirmière. Il y a un nombre croissant d'étudiants et moins Superviseurs. Activités d'apprentissage structurées telles que le travail avec des questions d'étude et la simulation sont excellents comme complément aux soins cliniques et à l'éducation. Il est important de pratiquer différemment techniques et méthodes avant de rencontrer le vrai patient. La simulation dirigée par l'élève signifie que les étudiants participent activement à leur propre apprentissage au lieu de suivre passivement un superviseur.

Dans la salle de méthode du département éducatif, la plupart des équipements que l'on peut trouver dans une véritable salle d'opération est là pour que les étudiants puissent s'entraîner. Un cas patient réel est produit du système de planification chirurgicale du service. Pour que la simulation soit aussi crédible que possible, un programme de surveillance est utilisé via une application. Le programme de surveillance peut montrer le cœur taux, pression artérielle, saturation en oxygène et dioxyde de carbone expiré. Via une tablette supplémentaire ou smartphone, un autre étudiant peut modifier les paramètres en fonction de ce qui se passe dans la simulation d'anesthésie que les autres étudiants effectuent. Le programme est si simple que les étudiants peuvent l'utiliser eux-mêmes. Les possibilités de formation en quantité suffisante peuvent être un problème sur le Département d'anesthésie. La simulation dirigée par l'étudiant signifie que les étudiants spécialisés en anesthésie

Pratiquez l'anesthésie en simulation en dehors de la salle d'opération selon l'apprentissage en équipe. Cela signifie que tous les élèves doivent être bien éduqués à participer activement et réfléchir ensemble. La méthode de réflexion utilisée dans ce projet est le modèle de Pendleton. Pour éviter les erreurs comportement, les élèves travaillent selon un manuel de liste de contrôle produit par l'Association suédoise pour l'anesthésie et les soins intensifs en collaboration avec l'Association européenne d'anesthésie (SFAI) / ESA). Le projet « Student-led simulation » s'adresse principalement aux étudiants en anesthésie Soins infirmiers, mais peut être appliqué à toute personne qui a besoin de formation dans un environnement opérationnel.

OBJECTIF:

L'objectif principal du projet est d'améliorer la qualité de l'apprentissage et de promouvoir indépendance pour les étudiants spécialisés en anesthésie au département d'anesthésie,

Karolinska Hôpital universitaire, Huddinge. L'objectif est également de créer un lieu de rencontres éducatives qui soutient les infirmières spécialisées en soins infirmiers en anesthésie pour devenir plus autonomes, développer la pensée critique, accroître l'apprentissage interprofessionnel et améliorer la collaboration. Une éducation réunion variée et stimulante, où les étudiants sentent qu'ils peuvent, et où ils se sentent amusant et excitant et où les étudiants obtiennent des commentaires et une confirmation de leurs activités.

MÉTHODES:

La simulation dirigée par les étudiants a été introduite à l'automne 2021 pendant 10 semaines stage pour étudiants spécialisés en soins infirmiers d'anesthésie à l'hôpital universitaire Karolinska, Huddinge. La formation par simulation a été mise en œuvre localement dans un hôpital et a été ancrée avec des coordinateurs de cours pour l'éducation actuelle au Karolinska Institut. Une formation par simulation était prévue pendant le stage des étudiants, ce qui signifiait que les étudiants s'entraînaient un après-midi par semaine.

Le projet a été évalué à l'aide d'une enquête menée par Carlsson et coll. et d'entretiens avec des groupes de discussion.

RÉSULTATS:

Les résultats du questionnaire et des entretiens avec les groupes de discussion seront présentés. Les étudiants ont évalué 4 sur une échelle de 1 à 4 qu'ils ont reçue à la fois théorique et pratique connaissances issues des formations par simulation.

CONCLUSION:

La simulation dirigée par l'étudiant en tant qu'apprentissage a le potentiel d'augmenter à la fois les aspects techniques et les compétences non techniques des étudiants spécialisés en soins infirmiers d'anesthésie. Comme ces compétences augmentent, l'indépendance de l'élève s'améliorera également.

APPRENDRE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DANS LA PRATIQUE CLINIQUE. UNE ÉTUDE PILOTE UTILISANT L'ÉVALUATION ÉCOLOGIQUE MOMENTANÉE DANS LA FORMATION INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE



Marit Vassbotten Olsen, Klas Karlgren

Western Norway University of Applied Sciences, Norvège, Western Norway University of Applied Sciences, Norvège et Karolinska Institutet, Suède

INTRODUCTION :

Les initiatives en matière de sécurité des patients sont hautement prioritaires dans les services de santé. Des événements indésirables se produisent encore et posent des défis à la fois aux patients, aux proches et aux soins de santé le personnel impliqué ainsi qu'au niveau organisationnel. Les services d'urgence (SU), les salles d'opération (RO) et les unités de soins intensifs (USI) sont des unités hospitalières hautement spécialisées avec un risque élevé et une incidence d'événements indésirables. En Norvège, les infirmières sont spécialisées dans les services d'urgence, RO et USI dans le cadre d'un programme de maîtrise de deux ans. Dans d'autres secteurs et industries, tels que Les secteurs de l'aviation et du pétrole ainsi que les événements indésirables de l'industrie nucléaire sont utilisés dans les activités d'apprentissage et d'éducation. Traditionnellement, les événements indésirables n'ont pas été utilisés de cette façon dans les services de santé. L'évaluation écologique momentanée (EMA) implique un échantillonnage répété de les comportements et expériences actuels des participants en temps réel, dans leur environnement naturel. EMA vise à minimiser le biais de rappel, à maximiser la validité écologique et à permettre l'étude des micro procédés qui influencent le comportement dans des contextes réels. Les techniques EMA offrent des possibilités de collecte d'expériences des étudiants de maîtrise en matière de risques ou d'événements indésirables, pour une utilisation ultérieure pendant l'éducation.

L'étude pilote présentée ici fait partie d'un projet de doctorat visant à explorer

- 1) ce qu'il faut apprendre de l'expériences des étudiants à la maîtrise avec les événements indésirables dans la pratique clinique,
- 2) Ce qu'il faut apprendre sur les événements indésirables et les initiatives de sécurité de professionnels expérimentés dans des professions à haut risque, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des services de santé et
- 3) comment la simulation, en utilisant la réalité virtuelle (VR) et le modèle de la « salle de l'horreur » peut aider les élèves à éviter et à gérer les effets indésirables épreuves

OBJECTIF:

L'objectif de l'étude pilote est d'explorer les expériences des étudiants en master avec les événements indésirables utiliser EMA intégré dans une application mobile comme méthode de collecte de données.

MÉTHODE:

Les données de l'EMA seront collectées via une application mobile développée par Life Données que les participants téléchargent pour s'inscrire sur leur propre téléphone portable. Maître étudiants participant à l'infirmière anesthésiste, soins infirmiers en soins intensifs et soins infirmiers de théâtre d'opération seront invités à participer à l'étude pilote (n=70). Les participants recevront des instructions sur comment et quand remplir leurs EMA et recevra

des rappels si nécessaire. La collecte des données durera deux semaines pendant les études cliniques des étudiants. Dans le cadre de l'étude pilote

Les participants seront invités à donner leur avis sur la façon dont ils ont vécu l'utilisation de l'application et réfléchir aux événements indésirables à l'aide de cette méthode. Les difficultés ou les informations manquantes seront renommés. Les données seront analysées à l'aide des recommandations thématiques de Braun et Clarks Analyses.

RÉSULTAT :

Au moment du congrès, les résultats de l'étude pilote seront disponibles. Résultats de l'étude pilote fournira des informations essentielles sur la façon d'utiliser l'application, la façon de s'inscrire données, collaboration avec le chercheur, et donnera l'occasion de clarifier

Le malentendus et changements qui doivent être faits avant de commencer le projet principal. L'étude pilote servira également de base aux discussions concernant le nombre de participants et le nombre d'expériences nécessaires pour fournir des données suffisantes et inclure des questions telles que la saturation, Profondeur des données et autres défis concernant l'échantillonnage de l'expérience.

CONCLUSION:

À notre connaissance, utiliser l'EMA et une application mobile pour la collecte de données Apprendre des événements indésirables dans les services de santé est encore assez inexploré. Il est important de déterminez si la méthode est fonctionnelle et compréhensible, et comment conclure les résultats.

PRÉMÉDICATION ORALE AVEC CATAPRESAN VS MIDAZOLAM SUR L'AGITATION POSTOPÉRATOIRE DANS ENFANTS SUBISSANT UNE AMYGDALECTOMIE

Livoni, Maria Svane, Grøfthe, Thorbjørn. Julin, Sarah Isak

Hôpital régional de Randers, Danemark



INTRODUCTION :

L'agitation postopératoire est un phénomène bien connu dans les blocs et établissements de soins post-anesthésiques (PACU). C'est un état stressant et inconfortable pour l'enfant lui-même, les parents et les gardiens. Des études ont montré que l'agitation postopératoire survient chez au moins 25 % (10 % à 80 %) des enfants subissant une intervention chirurgicale (4) et peut être réduite par l'administration peropératoire de clonidine. (1). La prémédication orale est largement utilisée en anesthésie pédiatrique pour réduire l'anxiété préopératoire et assurer une induction conforme.

Le midazolam est actuellement le médicament prémédicament le plus couramment utilisé, mais de bons résultats équivalents ont été rapportés avec la clonidine. (2).

Nous avons comparé les effets de la clonidine et du midazolam administrés par voie orale sur le pré anesthésique

Profil de sédation et d'agitation postopératoire chez les enfants d'âge préscolaire au cours d'une amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie.

OBJECTIF :

Fournir de meilleures procédures péri opératoires pour les enfants subissant une chirurgie et réduire l'apparition d'anxiété préopératoire et d'agitation postopératoire.

MÉTHODES :

Nous avons réalisé une étude prospective ouverte, où les enfants ont été assignés à recevoir soit le midazolam, soit la clonidine. Chaque groupe a reçu : midazolam 0,5 mg kg⁻¹ avec un maximum dose de 10 mg, ou clonidine 4 µg kg⁻¹ administré par voie orale 30 min avant l'induction de l'anesthésie.

Acceptation du médicament, agitation postopératoire, hémodynamique, oxygénation, opioïde postopératoire et le délai de sortie de l'UCP ont été évalués. Système de score Watcha (fig 1:) a été utilisé pour comparer la différence dans l'agitation postopératoire. Un score a été considéré comme significatif. Le sévoflurane et le propofol/rémifentanyl (TIVA) ont été utilisés pour l'induction de l'anesthésie et TIVA pour l'entretien. Tous les patients ont reçu du fentanyl 1,5 µg/kg, kétorolac 0,5 mg/kg et paracétamol 15 mg/kg péri opératoire.

RÉSULTATS :

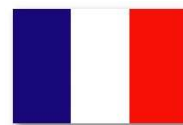
Nous avons inclus 62 enfants âgés de 0 à 7 ans. Le score Watcha était significativement plus faible en le groupe clonidine; 7,7% vs 29% à l'arrivée PACU, 21% vs 47% en état éveillé et 0% vs 12% à la sortie PACU. (Tableau 2:) La clonidine orale est acceptée par tous les enfants, alors que 25 % des enfants ont rejeté le midazolam par voie orale (Tableau 1). Aucune différence dans l'administration d'opioïdes n'a été observée entre les deux groupes (tableau 2). Les valeurs hémodynamiques, l'oxygénation et le temps de sortie de l'UCP étaient les mêmes.

CONCLUSION :

La clonidine était plus efficace que le midazolam dans la prévention postopératoire agitation lorsqu'il est administré par voie orale comme prémédication. L'étude a été réalisée dans un en utilisant le sévoflurane comme induction et le propofol/rémifentanil pour le maintien de l'anesthésie.

OXYGÉNOTHÉRAPIE RAISONNÉE EN PÉRIODE PÉRIOPÉRATOIRE

Sandra Garcia De Castro, Christophe Guyochet; Arnaud Le Jossec;
Peggy Marchand ; Elisa Grisot ; Vincent Piffaut
Centre Hospitalier de Perpignan



INTRODUCTION :

Depuis les années 1960, l'oxygène est le premier gaz administré dans les hôpitaux en raison de sa facilité d'administration et de son utilisation jusqu'à devenir un traitement banal. Avoir peur de l'hypoxie, les effets de l'hyperoxie ont été totalement oubliés, même si son impact est toujours en discussion. La crise sanitaire mondiale actuelle nous rappelle l'importance de ce traitement. Deux Parmi les services avec une énorme consommation d'oxygène sont la salle d'opération et le SSPI. Pour optimiser l'utilisation de l'oxygène, nous devons rendre son administration aussi efficace et efficiente que possible.

OBJECTIF:

Pour devenir aussi physiologiquement que possible lors de l'application de la ventilation de protection, notre

La recherche cherche à personnaliser ce traitement, en tenant compte également des coûts économiques et écologiques. Les conséquences qui déterminent nos pratiques. Dans un souci de rationalisation des moyens et des soins Personnalisation, avec ce travail nous souhaitons évaluer nos pratiques pour optimiser l'oxygénothérapie.

MÉTHODES:

Une recherche prospective est en cours d'analyse. Principaux patients ASA I et II à venir pour Une chirurgie non thoracique sous anesthésie générale et une ventilation mécanique sont incluses. Nous avons enregistré des données démographiques (sexe, âge, indice de masse corporelle, IMC) et pulmonaires et cardiaques entre avril et août 2021.

Nous avons eu recours à un papier de collecte avec des paramètres de ventilateur depuis l'arrivée du patient dans la salle d'opération jusqu'à la sortie de SSPI. 153 patients inclus. Trois personnes différentes ont collecté des données au cours de 3 étapes différentes. L'infirmière l'anesthésiste a noté SpO₂ basal, type de chirurgie, induction, paramètres du ventilateur pendant l'intervention et après l'extubation vers le bas. Plus tard, l'infirmière de SSPI a recueilli les paramètres du ventilateur à l'arrivée du patient à l'unité de soins intensifs, surveillance et administration d'oxygène jusqu'à ce que le patient décharge. Enfin, l'équipe de recherche a finalisé la collecte de données sur l'infection au site opératoire jusqu'au jusqu'à 3 mois après l'intervention.

RÉSULTATS:

Cent cinquante-trois patients inclus: 100 femmes (65,5%) avec une moyenne âge de 50 ans (pour les hommes 52 ans). 70 patients ASA I (45,8%). 6 patients atteints de cardiologie (3,9 %) et 8 avec antécédents pulmonaires (5,2 %). 18,3 % de patients obèses (n = 28). 97,4 % des les patients avaient une SpO₂ basale dans l'air ambiant $\geq 94\%$ (n = 150). La durée moyenne de la chirurgie était de 80 minutes (9'-304'). 97,4% des inductions ont été réalisées avec FiO₂ $\geq 0,8$. 3,4 % des patients dormaient en tête haute (n = 6) et 5,3 % ont reçu une PPC pendant l'induction (n = 8). 82,3 % étaient intubés et le reste des patients ont adopté le LMA. Trois patients obèses sur 28 ont bénéficié d'une position tête haute et CPAP lors de l'induction (10,7

%). 75 % des patients obèses n'en ont pas bénéficié ni de la PPC ni de la position tête haute pendant l'induction anesthésique.

L'entretien peropératoire a été effectué pour 72% des patients avec une FiO₂ comprise entre 0,25 et 0,45. Le reste avait une FiO₂ plus élevée. 44,4 % des patients avaient bénéficié d'un recrutement pulmonaire (RA) au cours de l'intervention. 79,7% des patients n'avaient pas besoin d'oxygène dans la PCU (n = 122).

CONCLUSION:

L'application des recommandations d'utilisation de la ventilation pulmonaire protectrice implique l'utilisation de PEP, de recrutement alvéolaire (RA) et de faible FiO₂ pour éviter le collapsus alvéolaire⁵. Cet article rapporte que les patients ont bénéficié d'une PEP et d'une faible FiO₂, mais que l'EI était déficient.

D'autre part, la prise en charge de l'oxygénothérapie en UCP a été homogénéisée et respectée la SpO₂ basale du patient comme échelle de prise en charge a été suivie.

Nous pouvons confirmer que les masques à oxygène et les canules nasales ont été utilisés de manière minimale. Malheureusement, nous ne pouvons pas comparer les économies réalisées après l'étude, car la SSPI a été convertie en unité de soins intensifs (USI) pendant la période COVID. Il en va de même pour la consommation d'oxygène.

Pour être réalisé, une formation et un accompagnement continu efficace sont des essentiels. Malheureusement, connaître les recommandations n'implique pas systématiquement de les appliquer. Nous envisager de proposer des groupes de travail réguliers tout au long de l'année pour traiter de l'optimisation de l'oxygène et gestion en profondeur pour devenir les plus performants pour nos patients. Nous devrions faire l'effort d'appliquer ces pratiques pour les individualiser si nous voulons vraiment optimiser le traitement à l'oxygène.

EXPÉRIENCE PERSONNELLE DE COVID GRAVE D'UNE IADE SUEDOISE



Eva Barkestad, CCRN, BASc, MASc

J'ai attrapé COVID -19 en juin 2020. Le seul symptôme que j'avais était des diarrhées et des fatigues. Je n'ai jamais compris que mes poumons avaient été infectés et qu'ils progressaient avec inflammation et infiltrats. Je n'avais même pas de toux. Mon mari m'a trouvée inconsciente en notre lit et quand les ambulanciers sont arrivés avaient une saturation de 54% et une fréquence respiratoire de 50%.

J'ai été immédiatement transporté à l'unité de soins intensifs où ils m'ont intubé immédiatement. Ils m'ont mis dans un coma induit et j'ai eu un soutien mécanique invasif pendant 10 jours.

Après avoir été extubé, je me sentais bien et je me suis dit : « Je vais montrer à tout le monde ce qu'est une unité de soins intensifs une infirmière peut faire » comment se remettre d'une infection à la COVID-19.

Comment une mobilisation et une volonté forte peut changer le résultat, mais après quelques jours, l'infection Covid m'a frappé à nouveau et j'ai eu des problèmes respiratoires et ma radiographie pulmonaire ont montré que j'avais très peu de respiration.

J'avais de passer encore 22 jours avec un soutien non invasif avant de quitter l'unité de soins intensifs.

Voici mon histoire : comment j'ai lutté avec la respiration, mes émotions et comment j'ai essayé de gagner la bataille sur la COVID-19.

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN SOINS INFIRMIERS D'ANESTHÉSIE

Yunsuk Jeon, Ph.D. University of Turku Finland



INTRODUCTION

Afin de fournir des soins infirmiers d'anesthésie de haute qualité, l'évaluation des compétences des infirmières est essentielle. Cependant, dans les soins infirmiers d'anesthésie, il y a eu un manque de tests psychométriques avec des échelles d'évaluation des compétences. Par conséquent, le but de cette étude était d'élaborer une échelle de compétence en soins infirmiers en anesthésie (AnestComp).

Les infirmières compétentes utilisant l'échelle, dans le but de promouvoir les soins infirmiers en anesthésie et prestation de soins d'anesthésie de haute qualité.

METHODE

L'étude a été réalisée en deux phases : la phase I s'est concentrée sur la description du concept de compétence infirmière en anesthésie sur la base d'une revue de la littérature et de descriptions d'experts qui sont ensuite devenus le fondement de l'AnestComp; Cela a été suivi par le test des propriétés psychométriques de l'échelle.

Au cours de la phase II, la compétence infirmière en anesthésie des infirmières en anesthésie (n = 222) a été autoévaluée en utilisant l'AnestComp. Les propriétés psychométriques de l'AnestComp ont été testées : fiabilité (α de Cronbach), validité de face, validité du contenu et validité de construction.

Dans cette étude, les données des étudiants en sciences infirmières (n = 205) ont également été recueillies et analysées aux fins du concept-test de validité de l'AnestComp. La compétence en soins infirmiers en anesthésie est de conception multidimensionnelle comprenant sept domaines de compétence : (1) éthique des soins d'anesthésie, (2) patient soins à risque, (3) engagement des patients avec la technologie, (4) collaboration dans les soins d'anesthésie, (5) soins aux patients anesthésiques avec médicaments, (6) intervention infirmière en anesthésie, et (7) Connaissance des soins d'anesthésie. L'AnestComp développé sur la base de ces domaines de compétence se compose de 39 éléments et utilise une échelle visuelle analogique (0-100mm). L'AnestComp est considéré comme une échelle prometteuse pour évaluer la compétence infirmière en anesthésie des infirmières sur le test des propriétés psychométriques. Les compétences autoévaluées du personnel infirmier (VAS 88) a dépassé le niveau prévu; dans cette étude, le niveau attendu a été fixé comme une moyenne de VAS à 80.

La collaboration au sein des soins d'anesthésie était le domaine de compétence le plus élevé, tandis que le risque pour le patient dans les soins et la connaissance des soins d'anesthésie étaient les plus faibles, et donc identifiés comme des domaines nécessitant les besoins en matière d'éducation. L'expérience professionnelle et la formation spécialisée en soins infirmiers en anesthésie étaient facteurs importants liés à la compétence infirmière en anesthésie plus élevée des infirmières. La Compétence des infirmières (en particulier des novices) dans les soins des patients et connaissance de l'anesthésie. Les soins devraient être assurés par des évaluations régulières des compétences. Plus d'opportunités pour la formation spécialisée en soins infirmiers en anesthésie pourrait être un moyen d'améliorer les compétences en soins infirmiers en anesthésie

MOTS-CLÉS:

Évaluation des compétences, soins infirmiers d'anesthésie, formation en soins infirmiers, instrument développement, auto-évaluation, tests psychométriques

RENOUVELLEMENT DE LA FORMATION D'INFIRMIÈRE ANESTHÉSISTE EN FORMATION PROFESSIONNELLE ET EN SCIENCES DE LA SANTÉ EN HONGRIE

Zoltán Balogh, PhD, RN, PT, MSc



La formation professionnelle dans le domaine de la santé est en constante évolution pour plusieurs raisons. L'un est que les processus et procédures d'approvisionnement internationaux et nationaux changent, ce qui nécessite des professionnels ayant de nouvelles connaissances, compétences et attitudes. La division du travail des membres de l'équipe professionnelle, les tâches, les compétences et les responsabilités de chaque membre changent. Ce changement nécessite un spécialiste des connaissances de plus en plus élevé et complexe, dont la formation est fortement influencée par les directives de l'Union européenne et les régulateurs nationaux. Prendre tout ceci en compte, la conférence vise à présenter les changements qui ont eu lieu dans le système hongrois de formation professionnelle et d'enseignement supérieur, grâce auquel de nouveaux experts dans le domaine de la l'anesthésiologie fait également son apparition.

LES PROTOCOLES RAAC DE MASTECTOMIE RÉGIE PAR UNE IADE ET UNE ANESTHÉSIE UTILISANT PEC1/PEC2 ET DES BLOCS PLANS ÉRECTEURS CONTINUS RÉDUISENT LES BESOINS PÉRIOPÉRATOIRES EN OPIOÏDES ET LA DOULEUR CHRONIQUE

Michael Burns, DNAP, CRNA, Becky Heidotten, DNAP, CRNA,
Landon Smart, BS, DO, Sharniqua Holland, BSN, Karen Zang,
MSN, CRNA, Emily Buckley, DNAP, CRNA



Webster University, Phelps Health, Phelps Health, Webster University, Phelps Health, Phelps Santé

INTRODUCTION:

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent affectant les femmes aux États-Unis États. Le faible taux de mortalité et l'incidence élevée de la douleur chronique après une mastectomie

La chirurgie rapportée entre 20 et 50 pour cent prouve l'importance de développer des stratégies pour optimiser la qualité de vie de ces patients. Il a été théorisé que la douleur aiguë inadéquate est associée à une incidence plus élevée de douleur chronique et de besoins en opioïdes et pourrait entraîner une augmentation des métastases cancéreuses et des récurrences. La crise des opioïdes aux États-Unis doit être abordée à l'aide de stratégies de gestion de la douleur non opioïdes pour la douleur aiguë et chronique.

Il existe un manque de connaissances sur la meilleure façon de contrôler les résultats à long terme des patients sans le principal traitement étant des analgésiques opioïdes, en particulier dans cette population de patients avec des taux de survie élevés et la douleur chronique connexe nécessitant des opioïdes à long terme. Les pratiques anesthésique et analgésique fondées sur des données probantes les recommandations ont été adaptées aux protocoles de récupération améliorée après la chirurgie (ERAS-RAAC) pour patients subissant une intervention chirurgicale. Cependant, les patientes ayant subi une mastectomie chirurgicale aux États-Unis ont eu un nombre limité de protocoles ERAS utilisant des techniques d'anesthésie régionale ainsi que des régimes pharmacologiques multimodaux non opioïdes pour réduire les besoins en opioïdes ainsi que le développement de la douleur chronique.^{1&2}

BUT :

Le but de cette étude était d'évaluer les effets d'une récupération accrue après protocole chirurgical (ERAS) qui comprenait les blocs nerveux pectoraux I et I ainsi que

Le plan de l'érecteur spinal bloque sur les résultats postopératoires. Cette étude visait à évaluer les stratégies de gestion de la douleur sur les besoins en opioïdes pendant la période postopératoire immédiate puis réévaluer après six mois l'incidence de la douleur chronique.

MÉTHODES:

Examen rétrospectif des dossiers de tous les cas chirurgicaux de mastectomie effectués aux États-Unis hôpital communautaire dans le Missouri rural de janvier 2018 à décembre 2020. Dispensé de la CISR L'approbation a été obtenue parce qu'aucun identificateur de patient n'a

été recueilli. Au total, 76 patients ont été inclus dans cette étude. Le groupe témoin comprenait 30 patients ayant reçu une anesthésie ERAS qui comprenait l'utilisation d'esmolol, de kétorolac, de dexaméthasone, de kétamine, et d'Ondansétron avec infiltration locale par les chirurgiens. Le groupe expérimental a reçu la même gestion de l'anesthésie ERAS que le témoin, mais incluait une mise en place préopératoire de blocs plans d'épines érecteurs continus à T1 ou T2 avec un bolus de 10 ml de ropivacaïne à 0,5% et une perfusion postopératoire de 0,2% de ropivacaïne pendant trois jours avec une injection unique Blocs de PEC1/PEC2 utilisant 20 ml de ropivacaïne à 0,5% placés par le service de la douleur aiguë comprenant trois CRNA. Les données suivantes ont été recueillies à partir des dossiers médicaux : âge, sexe, IMC, ht., poids, durée chirurgicale, opioïdes consommés pendant la période périopératoire en IV équivalents morphiniques, technique d'anesthésie, classification ASA, œstrogène, progestérone, et données sur les récepteurs HERS2, admissions, temps de SSPI, données de suivi de la douleur aiguë, complications, la réadmission et les visites aux services d'urgence.

RÉSULTATS:

Le groupe expérimental qui a reçu le protocole ERAS comprenant les techniques d'anesthésie nécessitaient significativement moins d'opioïdes avec une moyenne de 2,3 mg par rapport aux 6,8 mg de morphine IV dans le groupe témoin ($p = 0,002$). L'incidence de la douleur chronique six mois après la chirurgie était quatre fois plus élevée dans le groupe témoin par rapport au groupe expérimental (0,016). Le groupe expérimental avait des durées de séjour plus faibles avec une moyenne de 8,5 heures contre 18,67 heures pour le groupe témoin, mais manquait de signification statistique ($p = 0,059$). Les deux groupes avaient des données similaires sur l'UCAP et sur la démographie.

CONCLUSION:

Les protocoles ERAS comprenant des anesthésiques régionaux administrés par CRNA le long avec l'adhésion aux techniques peropératoires d'évitement des opioïdes réduire les besoins en opioïdes pendant la période postopératoire immédiate ainsi que le développement de la douleur chronique six mois après la mastectomie. L'ajout de blocs plans d'érecteur continu semblent être une alternative continue sûre et efficace à une Modalités de contrôle de la douleur postopératoire telles que la péridurale thoracique ou les blocs para vertébraux.

EOS: EARLY OPTIMIZED SAFE EXTUBATION (EXTUBATION PRECOCE SÛRE) : UNE ÉTUDE DE FAISABILITÉ



Randi Knudsen, Carsten Michel Pedersen

Département de chirurgie cardiothoracique, Hôpital universitaire de Copenhague,
Département de Chirurgie cardiothoracique, Hôpital universitaire de Copenhague

INTRODUCTION :

Les patients subissant une chirurgie électorive à cœur ouvert expriment souvent des inquiétudes sur leur fonctionnement. En particulier, le temps postopératoire dans le respirateur est mentionné comme stressant, psychologiques (p. ex., crainte, anxiété) et physiques (p. ex. douleur, difficulté à respirer) (1,2). Une ventilation mécanique postopératoire prolongée augmente le risque de complications, infections et altération de la fonction cognitive. Des études montrent que la ventilation mécanique entraîne plusieurs réintubations et des conséquences à long terme. L'extubation précoce n'est pas associée à une augmentation de la mortalité ou de la morbidité. Routines, incertitude du personnel et les doutes quant aux avantages dissuadent le personnel d'être confronté à une fréquentation précoce dans la salle d'opération (3,4,5,6).

Au département de chirurgie cardiothoracique de l'hôpital universitaire de Copenhague, les patients sont transférés sous sédation et intubé, après une chirurgie électorive à cœur ouvert, à la salle de réveil. En moyenne, les patients sont extubés dans les 3-4 heures postopératoires. Sur la base des avantages de la réduction du risque de complications pulmonaires, d'une rééducation plus rapide et du rétablissement de l'autonomie du patient, ce qui conduit à une meilleure satisfaction globale du patient (5), nous avons décidé d'examiner si les patients sélectionnés peuvent être extubés avant de quitter la salle d'opération.

BUT :

L'objectif de cette étude était d'étudier si les patients adultes subissant une crise à cœur ouvert la chirurgie en toute sécurité peut être extubée dans les 30 min. après la fin de la chirurgie. En outre, à acquérir des connaissances sur l'expérience des patients en matière d'extubation précoce.

MÉTHODES:

Grâce à une étude de faisabilité avec approche exploratoire, les données sont obtenues auprès de 25 des patients sélectionnés consécutivement en chirurgie cardiaque électorive qui répondent aux critères d'inclusion suivants : Euroscore2 ≤ 4 ; Pas besoin de dialyse; Pas de voies respiratoires difficiles; procédure unique; BMI ≤ 32 et EF ≥ 35 . Les patients ont été anesthésiés sur la base d'une pratique optimisée et réveillés lors de l'opération chambre. Les données sont complétées par des entrevues semi-structurées de 7 personnes sélectionnées au hasard avant et patients postopératoires pour découvrir leur expérience.

RÉSULTATS:

50% des patients qui devaient subir une chirurgie électorive à cœur ouvert au cours de la période Les mois de mai à novembre 2021 répondaient aux critères d'inclusion. Au total, 25 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 68 ans (57-79 ans). Il y avait 84% d'hommes et 16% de femmes avec une moyenne. Euroscore2 de 1,41 % (0,57-3,9) et FEVG moyenne de 55 % (35-60). 96 % (24/25) étaient extubé dans la salle d'opération avec un temps médian de 8 min. (2-

35 min.) de la fin de la chirurgie. Un patient a été réintubé (4 %) et un autre patient a eu besoin d'une ventilation non invasive dans l'unité de soins intensifs.

Les entrevues soulignent que 14 % des patients dans une certaine mesure ; 57 % dans une moindre mesure ; 29% pas du tout, éprouvent des inquiétudes à l'idée d'être sevré de la ventilation mécanique. Un patient le décrit comme un soulagement de ne pas avoir à faire l'expérience d'être éveillé pendant la ventilation mécanique. Un autre patient le mentionne comme la partie la plus inquiétante des soins postopératoires.

CONCLUSION:

Les patients sélectionnés pour une chirurgie électorive à cœur ouvert peuvent être en toute sécurité et sans grande proportion de complications extubées en salle d'opération dans les 30 minutes qui suivent l'achèvement de la chirurgie. Pas de plus grande consommation de temps ou de plus grand besoin de respiration

Des interventions postopératoires ont été trouvées. Étonnamment, nous avons constaté qu'aucun des

Les patients ont mentionné le fait d'être éveillé pendant la ventilation mécanique comme une préoccupation importante. C'est contrairement à la littérature et à nos expériences antérieures. Bien que les résultats des entrevues ont fait part de certaines préoccupations de la part des patients.

MISE EN ŒUVRE D'UNE LISTE DE CONTRÔLE DE SÉCURITÉ POUR LES PATIENTS CHIRURGICAUX – UN ESSAI CONTRÔLÉ RANDOMISÉ EN GRAPPES

Arvid Steinar Haugen



Département d'anesthésie et de soins intensifs, Hôpital universitaire de Haukeland

INTRODUCTION :

Il est possible de prévenir les préjudices subis par les patients en les impliquant systématiquement dans leur propre processus de traitement. L'Organisation mondiale de la santé approuve l'adoption des préférences des patients et les classer comme essentiels à la prestation de soins de santé de haute qualité. Par conséquent, les patients et les soignants ont élaboré une liste de contrôle de sécurité pour les patients chirurgicaux afin de prévenir les patients et d'optimiser la santé et la sécurité avant la chirurgie.

OBJECTIF:

Cette étude vise à étudier les impacts de la mise en œuvre d'une liste de contrôle de sécurité pour les opérations chirurgicales patients sur les résultats pour les patients, les expériences des patients, les résultats nutritionnels, la mise en œuvre les résultats, la littératie en santé et l'économie de la santé.

MÉTHODES:

L'étude est conçue comme un essai contrôlé randomisé en grappes de coins en escalier à effectuer dans deux hôpitaux norvégiens. L'étude inclut des patients (N = 5320) dans deux études bras de sept spécialités chirurgicales : ORL et maxillaire-facial-; neuro-, gastro-intestinal-, chirurgie mammaire et endocrinologie, orthopédique, cardio-thoracique et générale.

Le résultat primaire comprend des données sur la morbidité et la mortalité. Les critères de jugement secondaires sont l'expérience des patients sur les aspects nutritionnels, la mise en œuvre, la littératie en santé et l'économie de la santé au moyen d'entrevues et de sondages. L'étude recueille des données sur 20 mois, à partir du début de 2022.

Les patients sont invités à utiliser la liste de contrôle par voie électronique ou sur une version papier 4 à 6 semaines avant la chirurgie. La liste de vérification sera recueillie à la sortie de l'hôpital.

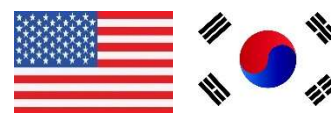
RÉSULTATS:

La collecte de données dans les lots de travail de l'essai est en cours. Les résultats préliminaires suggèrent aux patients d'utiliser une liste de contrôle de sécurité et de la trouver utile pour renforcer leur propre sécurité.

CONCLUSION:

Impliquer les patients dans leur propre sécurité grâce à une liste de contrôle de sécurité élaborée pour les patients est une nouvelle approche pour accroître la sécurité des patients dans les soins chirurgicaux et anesthésiques. Le financé par le Conseil norvégien de la recherche (ID: 320475) fournira des données sur l'efficacité et impact des patients Utilisation d'une liste de contrôle de sécurité chirurgicale (ID ClinicalTrials.gov :

UN EXAMEN DES FACTEURS INFLUENÇANT LA SATISFACTION AU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN CORÉE DU SUD : FRÉQUENCE DE PRATIQUE, NIVEAU D'IMPORTANCE ET DIFFICULTÉ D'ÉLÉMENTS DE TÂCHE



Gye Seon Jeong, Michong Rayborn

Chosun Nursing College, Collège des sciences infirmières et des professions de la santé
Université du Sud Mississippi

INTRODUCTION :

En Corée du Sud aujourd'hui, les infirmières peuvent entrer dans la pratique de l'anesthésie infirmière par l'une ou l'autre des 2 voies distinctes. La première voie est par l'intermédiaire d'infirmières anesthésistes certifiées (CRNA) qui détiennent une certification après la formation. Depuis 2005, les ARNC sont reconnus comme avancés Infirmières praticiennes qui ont obtenu des diplômes d'études supérieures et des certifications en anesthésie infirmière pratique. La deuxième voie est par le biais d'infirmières autorisées qui effectuent une anesthésie en milieu hospitalier programmes de formation. Ces programmes ne confèrent pas de diplômes d'anesthésie avancée et en exigent une certification nationale. Selon le niveau de formation qu'ils reçoivent et l'endroit de leur pratique, ces infirmières autorisées exercent sous de nombreux titres d'emploi différents. Les auteurs désignera ces fournisseurs d'anesthésie non certifiés par le terme « infirmière autorisée en anesthésie » (ARN); pour les différencier des CRNA. Dans une étude précédente, les auteurs ont trouvé plusieurs faits surprenants concernant la pratique de l'anesthésie par les infirmières en Corée du Sud. Ils ont trouvé le nombre de pratiquants

Les CRNA déclinent dans le pays et une seule université dans le pays offre actuellement un programme d'études supérieures CRNA. De plus, ils ont trouvé les contributions des ARNC et des ARN à la pratique de l'anesthésie en Corée sont remarquables. Le but de cette étude était d'évaluer la participation des infirmières autorisées, y compris les ARN et les ARNC, aux soins d'anesthésie en Corée du Sud. Pour atteindre cet objectif, les auteurs ont cherché à déterminer quels éléments de l'anesthésie tâches que ces ARNC et ARN effectuent.

OBJECTIF:

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs d'influence sur la satisfaction au travail par fréquence de performance, d'importance et de niveau de difficulté des éléments de la tâche d'anesthésie exécutés par Infirmières anesthésistes certifiées et infirmières autorisées en Corée.

MÉTHODES:

Les auteurs ont utilisé des instruments mis au point par le Conseil coréen d'accréditation des infirmières pour créer un sondage pour mesurer chaque facteur. Les questionnaires de l'enquête ont été distribués confidentiellement aux ARN et ARNC dans trois villes de Corée du Sud du 1er mars au 30 juin, 2019. Au total, 300 répondants ont retourné les sondages. De ce nombre, 6 enquêtes ne répondaient pas aux critères d'inclusion pour l'étude et ont été rejetés. Ce plan de recherche est transversal et des statistiques descriptives ont été utilisées pour identifier les caractéristiques des participants. Les données collectées ont été analysées

pour déterminer le pourcentage, la moyenne et l'écart-type, test T. De plus ANOVA unidirectionnelle avec Scheffee, coefficient de corrélation de Pearson et multiple pas à pas ont été effectuées à l'aide du programme SPSS/WIN 27.0.

RÉSULTATS:

Sur les 294 répondants inclus dans l'étude, 92,9% étaient des femmes (n = 273) et 7,1% (n = 21) étaient des hommes. L'âge moyen était de $33,0 \pm 7,87$ ans et l'expérience de travail était de $11,67 \pm 10,18$ ans. Les infirmières anesthésistes autorisées certifiées représentaient 29,3 % (n = 86) et les infirmières autorisées étaient 49,3 % (n = 208). L'analyse des tâches liées à l'anesthésie a donné les résultats suivants : Incidence de l'évaluation de la performance de la pré anesthésie 74,1 % (n = 218), décision d'anesthésie type 36,4 % (n = 107), administration d'agent anesthésique 93,5 % (n = 275), insertion de sonde endotrachéale et Laryngeal Mask Airways (LMA) 42,5% (n-125), prise en charge et décision d'enlever la sonde endotrachéale 44,2 % (n = 130), prise en charge post-anesthésique avec douleur contrôle 76,9 % (n = 226), effectuée l'anesthésie régionale 31,0 % (n = 91) et la cartographie de l'anesthésie 82,0 % (n = 241), anesthésie rachidienne 24,5 % (n = 72), anesthésie péridurale 18,4 % (n = 54), brachiale Bloc plexus 18,4% (n = 54) indépendamment. Les scores étaient de $2,98 \pm 0,59$ d'incidence, $3,57 \pm 0,54$, $3,10 \pm 0,58$ du niveau de difficulté, $3,13 \pm 0,54$ du rendement lié à la satisfaction au travail d'anesthésie. Sexe (p

CONCLUSION:

Fréquence de performance, importance et niveau de difficulté des éléments de tâches liés à l'anesthésie influencent les facteurs de satisfaction au travail des infirmières CRNAS et ARN qui pratiquent l'anesthésie en Corée du Sud.

SOINS PALLIATIFS - QUE POUVONS-NOUS APPRENDRE DE L'ALLEMAGNE ?



Ines Štivić, Iva Šušterčić

École d'infirmières Mlinarska, Zagreb, Ecole d'infirmières Mlinarska, Zagreb

INTRODUCTION :

L'objectif des soins palliatifs est d'améliorer et/ou de maintenir la qualité de vie pour les patients atteints de maladies potentiellement mortelles et leurs familles. Ceci est réalisé par les moyens de prévention et d'atténuation de la souffrance par l'identification précoce et le traitement des problèmes de les dimensions physique, psychologique, sociale ou spirituelle. Les soins palliatifs sont une source d'affirmation de la vie et voit la mort comme un processus naturel. Elle n'accélère ni ne retarde la mort. Soins palliatifs au tertiaire niveau en Croatie, Zagreb est fourni à l'hôpital clinique « Sveti Duh » où ils sont fourni 34 lits pour des traitements prolongés, de longue durée et chroniques et des soins palliatifs et en la clinique de psychiatrie « Vrapče » où se trouve 15 lits pour le traitement à long terme et les soins palliatifs.

Les soins palliatifs en Allemagne ont connu un développement dynamique au cours des 50 dernières années.

Depuis 2007, les soins palliatifs sont établis par la loi en Allemagne en tant que partie intégrante d'un système de santé complexe, avec environ 5 000 lits dans 235 centres de soins palliatifs et 304 services de soins palliatifs. Les soins palliatifs ambulatoires comprennent 300 contrats pour des équipes spécialisées. Onze mille médecins ont acquis une qualification en soins palliatifs et 100 000 bénévoles soutiennent le travail de soins palliatifs dans 1 400 services ambulatoires de soins palliatifs. Nous présenterons des exemples des pratiques positives des hospices Diakonissen Speyer pendant la mobilité Erasmus+ dans le cadre de le projet I-Nurse.

AIM:

Le but de cet article est de présenter la tendance de la gestion de la douleur et de l'aiguillage à partir de l'hospice en Allemagne.

MÉTHODES:

Nous présenterons des exemples de pratiques positives des hospices Diakonissen Speyer pendant la mobilité Erasmus+ (observation en milieu de travail) dans le cadre du projet I-Nurse.

RÉSULTATS: Les opioïdes sont les médicaments les plus efficaces et les plus couramment utilisés pour les médicaments modérés à modérés douleur intense. Une large gamme de médicaments opioïdes est disponible, et ils peuvent être pris dans une variété de Façons. Médicaments oraux: ils peuvent être pris sous forme de pilule ou de liquide et peuvent être à courte durée d'action ou à action prolongée (libération prolongée). Patch adhésif : Il peut être appliqué sur la peau pour libérer le médicament au fil du temps Injection de médicaments opioïdes : cette injection peut être administrée sous la peau ou dans un muscle. Opioïde médicament IV : Un opiacé peut-être administré directement dans le sang par voie intraveineuse. Médicament pompe : Les médicaments opiacés peuvent être administrés par une pompe fixée à une ligne intraveineuse contrôlée par le patient analgésie. Injection vertébrale : médicament opioïde directement dans la région de la moelle épinière.

CONCLUSION:

Le soulagement de la douleur est un élément très important de l'amélioration de la qualité de vie en phase terminale patient. L'utilisation d'un traitement analgésique doit être individualisée et adaptée au besoin réel de chaque personne.

COMMENT LES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES TRAVAILLANT DANS LE PLUS GRAND HÔPITAL GÉNÉRAL DE GRÈCE ONT RÉAGI ET VÉCU LA PANDÉMIE DE COVID-19

Vasiliki Katsiaoni
Evaggelismos Hospital, Athènes-Grèce



INTRODUCTION :

La pandémie de Covid-19 a été un fait inattendu qui a affligé la vie quotidienne de millions de personnes au cours des 2 dernières années dans le monde. Jusqu'à présent selon OMS 469 212 705 sont les cas confirmés internationaux et le coût en vies humaines est d'environ 6 077 252. En Grèce, de janvier 2020 au 25 mars 2022, il y a eu 2.884.100 cas confirmés de COVID19 avec 27.125 décès. Plus spécifique à Athènes la capitale grecque les cas confirmés sont environ 995.590 jusqu'à maintenant. Au 5 mars 2022, un total de 20 181 739 doses de vaccin avait été administré.

AIM :

Organisation et gestion de l'infirmière anesthésiste et gestion de l'infirmière anesthésiologie Département de l'hôpital Evaggelismos sur la période de la pandémie dans notre pays (février 2020- jusqu'à aujourd'hui).

MÉTHODE :

L'ensemble du processus de préparation infirmière et de soutien de l'anesthésiologie les nécessités de l'hôpital. Toutes les actions étaient fondées à la fois sur la littérature internationale sur le traitement des crises sanitaires et sur les besoins et particularités de l'hôpital.

RÉSULTAT :

Le service d'infirmière anesthésiologie de notre hôpital a conçu une organisation du département et de ses infirmières anesthésistes dans le initialement inconnu, nouveau et spécial les conditions et les situations auxquelles il a dû faire face. L'infirmière en chef du département a nommé des infirmières en charge qui ont été appelés à effectuer la transmutation du service et du personnel infirmier dans un secteur infirmier de soutien direct, complet et pleinement adéquat pour les personnes atteintes de la maladie Covid19 à la fois aux urgences et aux soins intensifs. Parallèlement dans les services de soins infirmiers Covid mais aussi dans la salle d'opération, dans les cas où un patient positif au Covid nécessitait une intervention chirurgicale. L'ensemble du planning a été fait après coopération avec tous les organismes scientifiques compétents de l'hôpital et ont été soumises par écrit aux chefs d'autorité administrative compétents.

CONCLUSION:

Le service d'infirmière anesthésiologie de notre hôpital a d'abord été appelé à organiser, former et soutenir immédiatement et de manière cruciale la crise sanitaire que traverse notre pays par. Mettre à jour et simplifier les procédures au cours du premier trimestre afin d'être effectuées plus sûr pour tous (patients et personnes), immédiatement et avec une utilisation appropriée du temps et matériel médical.

LA MÉTHYLATION DIFFÉRENTIELLE DANS LES VOIES INFLAMMATOIRES RELIE LA MODULATION DE LA DOULEUR ET LA LOMBALGIE CHRONIQUE NON SPÉCIFIQUE



Edwin N. Aroke, Ph.D., CRNA, FAAN, Pamela Jackson, BSN, inf. aut.,
MLT(ASCP)BB, Burel R. Goodin, PhD Université de l'Alabama à Birmingham, École des sciences infirmières, Université de l'Alabama à Birmingham, École des sciences infirmières, Université de l'Alabama à Birmingham, Département de Psychologie

INTRODUCTION:

La lombalgie chronique (LBPC) est l'une des plus importantes pour la santé publique problèmes dans le monde occidental, conduisant à de nombreuses années vécues avec un handicap dans le monde entier. Pour la plupart, le LBPC ne peut pas être attribuable à un résultat patho anatomique reconnaissable. Précédent des études ont révélé une relation négative entre la modulation conditionnée de la douleur (CPM) et cLBP non spécifique. Cependant, le mécanisme biologique liant CPM et cLBP non spécifique reste inconnu. La méthylation différentielle de l'ADN (ADNm) a été associée à la MPC et cLBP non spécifique.

AIM :

Cette étude a déterminé l'ADN différentiel associé à l'efficacité par rapport à l'ADN déficient CPM chez les adultes atteints de cLBP non spécifique. Un objectif secondaire a déterminé les voies fonctionnelles enrichi par des gènes méthylés différentiellement chez les patients présentant une CPM efficace versus déficiente.

MÉTHODES:

L'échantillon comprenait des adultes vivant dans la communauté atteints de LBPC non spécifique (n = 49) et les témoins indolores (PFC; n = 49). Participants atteints de lombalgie d'étiologie connue, p. ex. cancer ou traumatisme, ont été exclus. La CPM efficace par rapport à la CPM déficiente a été évaluée à l'aide du paradigme de stimulation de conditionnement nocif hétérotopique avec l'algométrie comme stimulus d'essai et eau froide nocive comme stimulus de conditionnement. Les changements de l'ADN ont été analysés à l'aide de représentation du séquençage du bisulfite et du méthylKit. Enrichissement du terme d'ontologie génique (GO) et les analyses des voies de l'Encyclopédie des gènes et des génomes de Kyoto (KEGG) ont été appliquées pour identifier les principales voies impliquées dans la CPM efficace par rapport à la GPC déficiente.

RÉSULTATS:

Après avoir contrôlé plusieurs tests, nous avons identifié 13 201 différentiellement Sites méthylés CpG (DMC) avec des valeurs $q < 0,01$. Parmi ceux-ci, 8 623 DMC hypométhylés et 4 578 DMC hyperméthylés ont été observés chez les personnes présentant un CPM déficients. Ces DMC annotaient de nombreux gènes pertinents pour la pathogenèse de la douleur. Les gènes méthylés différentiellement annotés étaient surreprésentés dans de nombreux GO termes de pertinence pour le traitement de la douleur, y compris la régulation de la

transcription par l'ARN polymérase II, protéine liaison, développement du système nerveux, génération de neurones, différenciation des neurones, et Neurogenèse. De plus, les gènes méthylés différenciellement enrichissent les voies génomiques impliqués dans la neuro inflammation (p. ex. guidage axonal, signalisation Rap1-MAPAK, signalisation Hippo) et la perception de la douleur (p. ex. neurogenèse dopaminergique et signalisation de l'AMPC).

CONCLUSION :

Cette étude démontre un rôle mécaniste potentiel de l'épigénétique modifications de la liaison CPM et de la liaison cLBP non spécifique. Les résultats suggèrent que les gènes impliqués dans les processus inflammatoires et la croissance neuronale, la différenciation et la plasticité peuvent jouer un rôle dans le LBPC via CPM.

FRÉQUENCE DES ÉVÉNEMENTS DE TACHY-BRADY POST-ENDOSCOPIE AVEC ANESTHÉSIE AU PROPOFOL



Mercedes Weir PhD CRNA, Dillon Dzikowicz MS, RN, PCCN, Mary Carey PhD, INF. AUT., FAHA, FAAN

Université de Floride du Sud, Université de Rochester, Université de Rochester

INTRODUCTION:

Jusqu'à 85% des patients chirurgicaux ont un sommeil obstructif non diagnostiqué apnée (AOS). Le propofol a révolutionné le domaine de l'endoscopie, en fournissant rapidement et profondément les niveaux de sédation pour le nombre croissant de patients qui se présentent pour un dépistage salvateur et les procédures. Pourtant, il est connu que le propofol a des propriétés pro- et anti-arythmiques qui peuvent augmenter le risque cardiaque chez les patients post-endoscopiques atteints d'AOS non diagnostiquée. En outre, la poste endoscopie Les patients atteints d'AOS peuvent être particulièrement vulnérables la nuit lors des périodes d'apnée exacerber l'activité sympathique.

BUT :

Parmi les patients post-endoscopiques recevant du propofol, quelle est la fréquence des événements tachybradiques et existe-t-il des différences entre ceux qui souffrent et ceux qui ne souffrent pas d'apnée obstructive du sommeil (AOS)?

MÉTHODES:

Un enregistreur d'événements de rythme cardiaque (BodyGuardian Heart) a surveillé trois groupes des patients pendant 24 heures après l'intervention (AOS < 3, AOS > 3/non traité et diagnostic médical de AOS). Le ronflement, la fatigue, l'apnée observée, l'hypertension artérielle (PA), l'indice de masse corporelle (IMC), âge, circonférence du cou et sexe masculin (STOP-Bang) a été utilisé comme questionnaire l'outil de dépistage avec un score >3 a été classé dans la catégorie AOS (sen = 87 / spec = 31). Analyses de variance (ANOVA) ont été effectués et la signification statistique a été fixée à p

RÉSULTATS:

Parmi 50 patients ambulatoires, la plupart étaient des femmes (n = 35, 70%) et étaient âgés de 54 + 12 ans. Le score STOP-Bang était de 2,24+1,422 (0-6). Il n'y avait aucune différence de tachyrythmie et de bradyarythmie entre les trois groupes.

CONCLUSION:

Ces résultats ne peuvent pas être généralisés à tous les patients en chirurgie ambulatoire. Malgré les facteurs de risque inhérents à l'administration de propofol aux patients non diagnostiqués et non traités OSA, la qualité des soins cliniques par l'équipe d'infirmières anesthésistes autorisées certifiées (CRNA) dans ce centre d'endoscopie était évident en l'absence de mauvais résultats basés sur l'AOS.

EFFICACITÉ DE L'ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE DIRIGÉE PAR UNE INFIRMIÈRE POUR L'ANESTHÉSIE : UNE ÉTUDE DE COHORTE PROSPECTIVE

Cecilia Diez Garcia, Ignasi Gich Saladich, Ignasi Bolibar Ribas
HÔPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU,



INTRODUCTION :

L'évaluation préopératoire des patients chirurgicaux est essentielle pour identifier le risque du patient et fournir une éducation. Dans certains hôpitaux, une infirmière ayant une formation en anesthésie évalue, sous supervision, les patients qui sont candidats à une chirurgie de faible complexité.

BUT :

Évaluer, chez les patients chirurgicaux de faible complexité, l'efficacité de la phase préopératoire évaluation réalisée par des infirmiers ayant une formation en anesthésie par rapport à celle réalisée par anesthésistes en termes d'annulations et de préparation chirurgicale inadéquate.

MÉTHODES:

Étude de cohorte prospective de non-supériorité. Cent quatre-vingt-trois patients ont été recrutés qui avaient subi une chirurgie de faible complexité entre mai et septembre 2020. Soixante-neuf patients ont été évalués en préopératoire par une infirmière et 114 par un anesthésiste. La collecte de données comprenait un questionnaire pour évaluer la satisfaction des patients et les connaissances acquises de l'évaluation préopératoire. Des statistiques descriptives et inférentielles ont été utilisées pour l'analyse des données.

RÉSULTATS:

Les incidents entraînant l'annulation de la chirurgie étaient les mêmes dans les deux cohortes (3,8%, 2.6%). L'incidence d'une mauvaise préparation attribuable au patient était également similaire dans les deux cas. (17,0 % contre 18,4 %). Les patients vus par les infirmières ont apprécié la satisfaction à l'égard de la période préopératoire évaluation plus élevée que les patients vus par les anesthésiologistes (médiane 91,67 vs 84,62). Dans les termes de connaissances obtenues à partir de l'évaluation préopératoire, les deux professionnels n'ont pas montré des différences statistiquement significatives dans les niveaux de connaissances.

CONCLUSION:

Évaluation préopératoire du patient réalisée par une infirmière sous anesthésie la formation des patients chirurgicaux de faible complexité peut être aussi efficace que celle effectuée par un anesthésiste, sans impact sur les annulations chirurgicales ou la préparation du patient. Sur le jour de la chirurgie, les patients qui avaient été évalués par une infirmière étaient plus satisfaits de leurs soins pendant la visite et acquis des connaissances similaires sur la préparation préopératoire que les patients évalués par des anesthésistes. Un personnel infirmier correctement formé peut effectuer la préopératoire évaluation chez les patients chirurgicaux de faible complexité selon les mêmes normes que les anesthésiologistes.

LA COMPARAISON ENTRE LE SERIOUS GAMING BASÉ SUR LA RÉALITÉ VIRTUELLE ET LA MÉTHODE D'ENTRAÎNEMENT DE BASE DE L'ASSISTANCE VITALE POUR ADULTES BASÉE SUR DES CONFÉRENCES : ESSAI RANDOMISÉ



Tuba Usseli, Dilek Kitapcioglu, Mehmet Emin Aksoy

École professionnelle des services de santé, Programme d'anesthésie Université Acibadem, Istanbul-Turquie , École de médecine, Département d'éducation médicale, Université Acibadem Istanbul-Turquie , Centre de simulation avancée et d'éducation, Université Acibadem, Istanbul-Turquie

INTRODUCTION:

Les progrès de la science et de la technologie ont changé notre éducation système. L'intégration des nouvelles technologies dans le processus d'apprentissage et les nouveaux outils pédagogiques comme les modules de jeux sérieux basés sur la réalité virtuelle (VR) sont aujourd'hui utilisés comme une alternative aux méthodes d'apprentissage traditionnelles.

OBJECTIF:

Dans cette étude, l'objectif est de comparer le module de jeu sérieux basé sur la réalité virtuelle avec le module de jeu sérieux traditionnel méthodes basées sur des conférences.

MÉTHODES:

Dans cette étude quasi expérimentale, nous nous sommes concentrés sur deux méthodes d'enseignement distinctes, Réalité virtuelle et conférence traditionnelle. L'efficacité des formations a été étudiée sur la base de scores de performance structurés observationnels de 47 étudiants du programme d'anesthésie inscrits à l'École professionnelle des services de santé de l'Université Acibadem, trimestre d'automne 2021. L'étude a comparé les notes structurées observationnelles de ces deux groupes différents. Deux groupes avaient été formés, et les étudiants ont été répartis au hasard soit dans une conférence VR ou traditionnelle. Le premier groupe basé a été formé VR module de jeu sérieux tandis que le deuxième groupe a reçu une conférence traditionnelle. Le test U de Mann-Whitney a été utilisé pour déterminer si les tentatives réussies diffèrent statistiquement selon la méthodologie éducative.

RÉSULTATS:

Sur la base des scores de performance structurés observationnels, le groupe VR a obtenu de meilleurs résultats dans la formation de base de maintien de la vie des adultes par rapport aux cours magistraux traditionnels. En comparant les scores des deux groupes en utilisant le test U de Mann-Whitney, la valeur p a été calculée comme .01428. Le résultat était significatif à $p < 0,05$.

CONCLUSION:

Cette étude suggère que l'utilisation de la réalité virtuelle améliore le processus d'apprentissage et dans certaines matières, donne de meilleurs résultats de performance par rapport aux méthodes traditionnelles d'apprentissage.

RÉADAPTATION RESPIRATOIRE DES PATIENTS GRAVEMENT MALADES DE LA COVID-19

Martina Maričić Ljubas, Iva Marincel Antolović, mag.physioth., Mario Dugonjić, bacc.med.tech, mag.nutr.clin., Stella Gašparuš, bacc.med.tech.
CENTRE HOSPITALIER CLINIQUE RIJEKA,



INTRODUCTION :

Les patients atteints d'une maladie COVID-19 grave sont soignés et traités dans le COVID USI. En plus des médecins et des infirmières, une partie indispensable de l'équipe est le kinésithérapeute. La CSU Rijeka a été la première en Croatie à inclure les physiothérapeutes comme clé de la réadaptation des patients atteints de COVID-19 dans le but d'une réadaptation précoce et de la prévention de la complications respiratoires.

AIM :

Le but de cette étude était de présenter le rôle et les interventions des physiothérapeutes dans le USI, pour examiner quelles aides respiratoires ont été utilisées le plus souvent, et combien de patients ont été utilisés traités avec une ventilation mécanique non invasive et combien avec une ventilation mécanique invasive ventilation, quel jour les patients ont été verticalisés et avec quel type d'assistance respiratoire ils ont reçu leur congé de l'unité de soins intensifs.

MÉTHODES:

Une étude a été menée sur un échantillon de 111 patients traités dans l'unité de soins intensifs COVID du 28 mars 2020 au 28 mars 2021

RÉSULTATS:

L'assistance respiratoire la plus couramment utilisée par admission était invasive ventilation mécanique (62%), et les patients ont acquis des conditions pour l'extubation après 5 jours sur ventilation mécanique invasive en moyenne. L'assistance respiratoire la plus couramment utilisée après l'extubation est un masque de réservoir Oxygène (42%). Sur les 111 patients inclus dans cette étude, 30% des patients remplissaient les conditions de verticalisation et étaient verticalisés 24 heures après la séparation de ventilation mécanique invasive.

CONCLUSION:

Pour les patients atteints d'une maladie COVID-19 grave, évaluation initiale, L'approche du patient et le travail d'équipe sont importants. La réadaptation respiratoire aide à acquérir les conditions de désescalade de l'assistance respiratoire, réduit les symptômes de la maladie COVID-19 et permet la verticalisation

ATTITUDES DES INFIRMIÈRES À L'ÉGARD DE LEUR RÔLE DANS L'ÉQUIPE DE TRANSPLANTATION

Kristina Marincel, bacc.med.techn., Josip Brusić, mag.med.techn

Clinique d'anesthésiologie, de soins intensifs et de gestion de la douleur à l'hôpital universitaire Centre Rijeka, Clinique d'anesthésiologie, de soins intensifs et de gestion de la douleur au Centre Hospitalier Universitaire Rijeka

INTRODUCTION :

Les infirmières des unités de soins intensifs rencontrent fréquemment des donneurs d'organes potentiels. Leurs attitudes personnelles et leurs connaissances sur la mort cérébrale, le don d'organes et leur rôle dans l'équipe de transplantation, affectent directement le nombre et le succès des organes donnés et transplantés.

AIM :

L'objectif de ce document de recherche est d'examiner les attitudes et les expériences des infirmières à l'égard de leur rôle dans l'équipe de transplantation.

MÉTHODES:

La recherche a été menée au moyen d'un sondage anonyme en ligne auprès de 73 infirmières employées dans les unités de soins intensifs de Rijeka et de Zagreb entre juillet et août 2021. L'enquête a été soumise au groupe cible via le formulaire GoogleDocs (électronique enquête). La première partie de l'enquête contient des données démographiques. La deuxième partie de l'enquête contient une échelle de Likert d'accord ou de désaccord avec certaines déclarations. Les résultats de l'échelle de Likert a été examinée par une série d'analyses unidirectionnelles de la variance (ANOVA), et les variables qui ont montré une différence significative ont été examinées plus en détail par le Bonferroni pos-hoc test.

RÉSULTATS:

Les répondants étaient principalement des femmes dans le groupe d'âge des 41-50 ans avec plus de 20 ans d'expérience. Le plus grand nombre de répondants est employé à l'USI de la clinique pour l'anesthésiologie, les soins intensifs et la gestion de la douleur au Centre hospitalier universitaire Rijeka. La plupart des répondants étaient titulaires d'un baccalauréat universitaire. La plupart des répondants ont souvent ou occasionnellement rencontré des donneurs d'organes potentiels, un total de 71 %. Les plus grandes différences ont été observées chez les répondants en fonction de la fréquence des rencontres avec un donneur potentiel dans les six demandes examinées par l'ANOVA et le test post-hoc Bonferroni.

En ce qui concerne l'éducation, des différences statistiquement significatives dans les attitudes ont été observées dans deux déclarations.

CONCLUSION :

Les processus de don remettent en question la compétence professionnelle des infirmières participé au processus de preuve de la mort cérébrale et aux soins d'un donneur potentiel d'organes; transplantation elle-même. L'expérience de travail avec des donneurs d'organes en état de mort cérébrale a un impact sur les perceptions des infirmières quant à leurs

capacités professionnelles dans le processus de don. Formation dispensée par des collègues plus expérimentés et une culture qui encourage la discussion sur les aspects du donateur peut développer la compétence professionnelle des infirmières et définir la pratique professionnelle.

MODE D'APPRENTISSAGE ILLIMITÉ POUR L'ÈRE « POST-ÉPIDÉMIE COVID-19 » - COMMENT CONSTRUIRE LE POST-DIPLÔME DE LA FORMATION CONTINUE POUR LES SOINS INFIRMIERS EN ANESTHÉSIE EN CHINE



Tu Shumin, Xing Xueyan, Kang Jiamin, Yan Chunji, Zhou Fang
Département d'anesthésie, Hôpital Tsinghua Changgung de Beijing, École de médecine clinique,
Université Tsinghua, Département d'anesthésie, Beijing Hôpital Tsinghua Changgung, École de médecine clinique, Université Tsinghua, Université médicale de Xuzhou, Xuzhou Medical University, Université de médecine de Xuzhou

INTRODUCTION:

La formation continue est l'une des méthodes d'éducation permanente pour les professionnels des soins infirmiers. Après enquête, les infirmières ont généralement une charge de travail et une vie différentes déséquilibre dans notre enquête. En raison des exigences de la prévention et du contrôle des épidémies pour les contraintes d'espace et l'agrégation, et les postes professionnels de soins infirmiers en anesthésie officiellement mis en place en Chine en 2017 dont le développement de l'éducation et de la formation, dans le « post épidémie », fait en sorte que les infirmières anesthésistes font face à des défis plus graves dans la formation clinique. Afin d'adapter l'ère « post-épidémique », nous avons réalisé une série de formations pour l'éducation des soins infirmiers anesthésiques, le compte officiel WeChat a collaboré avec les hôpitaux, écoles et médias professionnels.

VISER:

Construire une plate-forme professionnelle en ligne pour fournir des colonnes de formation continue pour la formation nationale de base des infirmières anesthésistes, 2. Formation continue en anesthésie soins infirmiers après l'obtention du diplôme à l'ère normalisée « post-épidémique », 3. Apprentissage des ressources vertes environnement

MÉTHODES:

Nous avons organisé 38 cours de base en soins infirmiers anesthésiques du 24 septembre 2021 au 6 décembre 2021; Les principaux cours de lecture sont l'anesthésiologie, qui sont l'enseignement matériaux de la spécialité anesthésiologie dans le 13e plan quinquennal de la planification nationale de la santé Commission (le matériel didactique des collèges et universités nationaux) - Clinique Anesthésiologie et physiologie de l'anesthésiologie. Organiser les stagiaires et le personnel à la lecture Club de lecture, et les infirmières anesthésistes N3-4 ou l'infirmière spécialisée en anesthésie fourniront Conseils et résumé. Le compte officiel WeChat est publié avant le cours. Après les cours, effectuer la deuxième partie de l'apprentissage hors ligne après la classe. (1) Compte officiel WeChat fournit une page d'apprentissage de base en soins infirmiers en anesthésie - fournissant PPT et infirmière spécialisée en anesthésie avec des informations supplémentaires ; (2) Apprentissage professionnel de la lecture de plate-forme multimédia. Évaluation de l' 2021-09-24 au 2021-12-20, le nombre réel de participants au cours en ligne, le compte de WeChat public, le numéro de lecture de la plate-forme média professionnelle.

RÉSULTATS :

Au cours de la période d'évaluation du 24 septembre 2021 au 20 décembre 2021, 60303 personnes ont participé à l'apprentissage en lecture sur la plate-forme professionnelle (Figure 2 : Basic Cours de base d'anesthésie infirmière) :(1) Compte officiel WeChat anesthésie de base Édition d'apprentissage des soins infirmiers. (2) Nombre réel de participants sur place aux cours en ligne (3) Nombre d'apprenants professionnels de la lecture de plateformes multimédias

CONCLUSION:

Les soins infirmiers en anesthésie sont une nouvelle matière interdisciplinaire combinant anesthésiologie et soins infirmiers. Il s'est développé rapidement au cours des dernières années et est progressivement devenu une partie indispensable de l'anesthésiologie clinique, en Chine. Depuis la mise en œuvre de la politique nationale sur les soins infirmiers en anesthésie En 2017, l'enseignement des soins infirmiers en anesthésie a commencé le développement de la formation académique et de la formation continue après l'obtention du diplôme, La sécurité la conviction de « se concentrer sur les patients pendant toute la période de l'anesthésie périopératoire » et s'est engagée à l'objectif de formation des talents d'«améliorer les compétences post-professionnelles en tant que noyau » se sont progressivement formés. Nous avons constaté que, en particulier la formation continue des cycles supérieurs, est due à la supervision des organisations académiques, la construction des ressources humaines de l'unité, les postes multiples d'anesthésie infirmières (clinique d'anesthésie, surveillance de l'anesthésie, réanimation anesthésique, douleur aiguë, post anesthésie soins intensifs, anesthésie et service de douleur, etc.), le manque de soins infirmiers anesthésiques enseignants, compétences de base peu claires des infirmières en anesthésie clinique, etc., Le système d'enseignement de la formation continue des infirmières en anesthésie après l'obtention du diplôme est organisée par les infirmières chinoises la société, les sociétés provinciales et municipales de soins infirmiers et trois systèmes d'établissements médicaux; avec SSPI comme axe principal. La plupart des infirmières de surveillance pendant l'anesthésie sont mises en place et formé en fonction de la structure organisationnelle de chaque hôpital, des exigences des postes cliniques, ressources humaines des anesthésiologistes, etc. Jusqu'à présent, aucune organisation officielle ou universitaire n'a proposé un programme de formation normalisé pour les infirmières en surveillance de l'anesthésie en Chine. C'est aussi

En raison de la situation épidémique de COVID-19 que le fonctionnement de l'éducation et de la formation a plus restrictions sur « le temps et l'espace ».

L'enquête est basée sur la plate-forme de compte officielle pour les cours de formation de base en anesthésie, combiné avec une plate-forme médiatique professionnelle pour promouvoir le programme. Au cours du 2021-09-24 à 2021-12-20, il y avait 60303 plateformes d'apprentissage de lecture pour les plateformes professionnelles, 2535 pour compte officiel et 3694 pour les cours de formation à la lecture de comptes officiels PPT. En fait, nous pouvons trouver que l'enseignement vidéo est supérieur à la lecture en termes d'utilisation, principalement en termes de « commodité », « liberté » et « Sui Kai Sui Guan ». C'est une base efficace pour nous d'envisager de développer « l'audio-livres » à l'avenir. En intégrant les ressources réseau existantes, en optimisant et en développant

La plate-forme d'enseignement en réseau, nous pouvons créer une ère « post-épidémie » de choix multiples pour la formation continue après l'obtention du diplôme en soins infirmiers en anesthésie en Chine.

RÉADAPTATION DES PATIENTS COVID-19 ATTEINTS DE FORME SÉVÈRE DE SDRA TRAITÉS PAR VENTILATION MÉCANIQUE ET OXYGÉNATION PAR MEMBRANE EXTRACORPORELLE

Iva Marincel Antolović, Martina Maričić Ljubas
CENTRE HOSPITALIER CLINIQUE RIJEKA,



INTRODUCTION:

Le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) est une forme du coronavirus apparu en 2019 et responsable de la maladie à coronavirus (COVID-19). La plus grave forme de la maladie COVID-19 et ses complications sont les raisons pour lesquelles le patient est connecté à une ventilation mécanique invasive. Certains patients développent un état clinique avec insuffisance respiratoire et cardiaque aiguë, et pour cette raison sont traités avec oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO). L'ECMO est un appareil mécanique hors du corps procédure d'assistance circulatoire ou respiratoire pouvant être appliquée dans deux formes de soutien veineux

- modalité veineuse (V - V ECMO) qui apporte un soutien en cas d'insuffisance respiratoire sévère ou veineuse - artérielle (V - A ECMO) modalité qui fournit des voies respiratoires et cardiovasculaires soutien au patient. La physiothérapie est un élément indispensable dans le traitement des patients atteints de Maladie COVID-19. La physiothérapie en soins intensifs est basée sur la réadaptation respiratoire.

OBJECTIF:

Le but de cet article est de montrer le rôle de la physiothérapie dans la réadaptation précoce et la prévention des complications respiratoires et des complications de l'immobilisation à long terme.

MÉTHODE:

Description du cas : Dans cet article, le cas d'une personne de 51 ans atteinte d'une forme grave de COVID-19 maladie traitée, pour la deuxième fois, par ventilation mécanique invasive et extracorporelle L'oxygénation par membrane a été décrite.

RÉSULTATS:

Le patient a été admis au KBC Rijeka au Département de soins intensifs de Patients COVID le 17 mai 2021, intubés et connectés à une ventilation mécanique invasive, et le 19 mai 2021. On lui a attribué un V-V ECMO. Tout au long de son séjour, il s'est impliqué en physiothérapie et réadaptation. Le patient a été transféré au Département d'examen physique Médecine et réadaptation le 7 juin 2021. avec le soutien de l'oxygène, mauvais état général, avec une perturbation plus prononcée de l'équilibre, de la coordination et de la motricité fine de la main droite.

CONCLUSION:

Le 19 juin 2021, le patient a reçu son congé complet de l'hôpital. Indépendant dans tous les aspects de la vie quotidienne et sans soutien en oxygène.

DÉFI POUR DES SOINS INFIRMIERS DE QUALITE – LE MODÈLE DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES EN QUALITÉ “ACE STAR » DANS LE CONTRÔLE DES SOINS INFIRMIERS D’ANESTHÉSIE EN CHINE

Kang Jiamin, Tu Shumin, Yan Chunji, Xing Xueyan, Zhou Fang



École des sciences infirmières, Université médicale de Xuzhou, Xuzhou, Chine, Département d’anesthésiologie, Hôpital Tsinghua Changgung de Beijing, École de médecine clinique, Université Tsinghua, Pékin, Chine, École des sciences infirmières, Université médicale de Xuzhou, Xuzhou, Chine, Département d’anesthésiologie, Hôpital Tsinghua Changgung de Pékin, École de médecine clinique, Université Tsinghua, Pékin, Chine, École des sciences infirmières, Université médicale de Xuzhou, Xuzhou, Chine

INTRODUCTION :

Les soins infirmiers de précision consistent à développer les nouvelles connaissances et le nouveau système théorique des soins infirmiers en intégrant les quatre concepts de base de la théorie infirmière - humain, environnement, santé et les soins infirmiers. Nous utilisons de nouvelles connaissances infirmières pour guider le comportement individuel en matière de santé, établir un mode de vie scientifique, et améliorer davantage la scientificité et la pertinence des soins infirmiers cliniques la prise de décision par le biais de soins infirmiers individualisés, afin d’atteindre l’objectif de promouvoir les droits humains Santé. À l’heure actuelle, les soins infirmiers de précision sont largement utilisés en symptomatologie, les maladies chroniques la gestion, la prise de décision clinique, la gestion des médicaments et l’éducation sanitaire. Renforcer les travaux de recherche liés aux soins infirmiers de précision, élaborer des lignes directrices en soins infirmiers, cliniques parcours infirmiers ou mesures d’intervention infirmière reconnues au pays et à l’étranger, coopérer avec l’éducation sanitaire des patients et l’amélioration continue du niveau des soins infirmiers spécialisés. Par la construction d’un modèle de prédiction de la maladie ou des symptômes, évaluer efficacement le risque de maladie, déterminer l’objectif de l’intervention infirmière et concevoir avec précision le contenu des soins infirmiers intervention. Fournir des soins infirmiers individualisés aux patients et améliorer continuellement le niveau de soins infirmiers spécialisés. L’administration d’État chinoise avait publié des documents sur la construction de Département d’anesthésiologie, y compris les exigences de la politique du gouvernement central selon lesquelles la création de postes d’infirmières anesthésiques pour les hôpitaux, en plus de lister les points principaux de la connotation spécifique de travail pour les infirmiers anesthésistes, en 2017. L’objectif est d’assurer la sécurité, des soins de haute qualité et centrés sur le patient pour les patients péri opératoires. Depuis la politique nationale annoncée en 2017, la construction des soins infirmiers anesthésiques doit être basée sur le Caractéristiques des soins infirmiers professionnels axés sur la « sécurité », combinées à la qualité des soins infirmiers système de gestion, afin d’améliorer les exigences de la qualité des soins anesthésiques et assurer la sécurité des patients. Afin d’assurer la sécurité et les soins infirmiers scientifiques de l’anesthésie spécialité infirmière, nous adoptons des soins infirmiers précis - ACE Star Modèle de transfert de connaissances dans le Gestion de la qualité des soins infirmiers en anesthésie.

OBJECTIF :

Appliquer le modèle de transformation des connaissances ACE pour établir les programmes de formation du cathétérisme artériel pour les infirmières anesthésistes qui fournissaient des soins infirmiers précis pour le foie patients transplantés et réduire l'incidence des complications du cathétérisme artériel.

MÉTHODES:

Basé sur le modèle de transformation des connaissances ACE star: (1) Découverte: connaissance la découverte, principalement le processus de production de connaissances; (2) Synthèse : synthèse des résultats de nombreuses études pour tirer des conclusions scientifiques significatives; (3) Traduction : transformation des données probantes complètes sous une forme pratique pour les chercheurs; (4) Intégration: application de nouveaux la connaissance de la pratique clinique; (5) Évaluation: évaluation du processus et des résultats de l'application fondée sur des données probantes. Nous avons mis en place le plan de formation en cathétérisme artériel pour réaliser l'amende clinique pratique du processus infirmier. De 2019-12 à 2020-12, nous avons étudié l'incidence des artères complications du cathétérisme et satisfaction du patient après une transplantation hépatique. Ils étaient divisé au hasard en deux groupes : Le groupe d'observation a reçu des connaissances ACE STAR formation à la transformation, et le groupe témoin a reçu une formation pédagogique traditionnelle.

RÉSULTATS:

Dans le cadre des programmes de formation sur la transformation des connaissances ACE Star, la pratique des soins infirmiers de précision réduit considérablement l'incidence des complications ($P < 0,05$) améliorer le taux de réussite du cathétérisme artériel, et la différence était statistiquement significatif dans le groupe d'observation. En outre, après les programmes de formation, les scores des examens et les examens opératoires des cathéters ont augmenté, et les différences ont été statistiquement significatif ($P < 0,05$). Par rapport au groupe témoin, la satisfaction des patients à l'égard de le processus de cathétérisme a été significativement amélioré, le score moyen avant était de 3,2 , et après l'amélioration était de 4,50, la différence était statistiquement significative ($P < 0,05$).

CONCLUSION:

Le concept de médecine de précision est le concept de médecine de précision publié par les National Institutes of Health (NIH): prévention et traitement des maladies émergentes Méthodes basées sur la compréhension des gènes individuels, de l'environnement et du mode de vie. En Chine, le concept de médecine de précision souligne que la base de la prise de décision est basée sur les gènes, environnement et mode de vie. Il joue non seulement un rôle dans la prévention des maladies, le diagnostic et , mais joue également un rôle dans la surveillance de la maladie, le pronostic et les soins infirmiers. Guidé par le concepts de médecine de précision et de santé de précision, Les soins infirmiers de précision se réfèrent principalement à ce que les infirmières effectuent des analyses phénotypiques précises ou des analyses phénotypiques approfondies sur les patients et portent une pratique infirmière précise pour les patients appropriés à un moment approprié, comme juger les symptômes de la maladie et leurs facteurs d'influence, l'analyse de l'observance thérapeutique des patients, prévention des maladies, gestion des symptômes, etc. Le modèle Ace Star fournit un cadre

directeur pour promouvoir la transformation des connaissances, réaliser la scientificité des soins infirmiers, appliquer de nouvelles la connaissance de la recherche à la pratique des soins infirmiers de précision clinique, améliorant la santé et l'amélioration de la capacité de pratique fondée sur des données probantes du personnel infirmier.

STIMULI NOCIFS ET CONDUCTANCE CUTANÉE -COMMENT CELA FONCTIONNE-T-IL DANS UN CONTEXTE CLINIQUE D'ANESTHÉSIE ?



Daniel Widarsson Norbeck, Pether Jildenstål

Institut des sciences de la santé et des soins, Académie Sahlgrenska, Université de Göteborg, Göteborg, Suède; Département d'anesthésiologie, de chirurgie et de soins intensifs, Sahlgrenska

Hôpital universitaire, Göteborg, Suède, Institut des sciences de la santé et des soins, Sahlgrenska

Académie, Université de Göteborg, Göteborg, Suède; Département d'anesthésie et Soins intensifs, Institut des sciences cliniques, Académie Sahlgrenska, Université de Göteborg, Göteborg, Suède; Depa

INTRODUCTION:

On dit que la nociception est la dernière partie importante de l'anesthésie qui manque encore un suivi clinique individuel objectif validé. Il existe un certain nombre de méthodes / techniques qui mesurent un ou plusieurs changements physiologiques et le présentent de différentes manières comme valeurs interprétables des stimuli nociceptifs. L'un d'eux est l'indice de niveau de nociception (NoL) de Medasense, qui présente une valeur indexée entre 0 et 100 et est basée sur une combinaison non linéaire de variables physiologiques liées à la nociception (y compris la fréquence cardiaque variabilité, amplitude de l'onde de pouls du pléthysmographe et changements dans la conductance cutanée).

La relation entre les stimuli nocifs et la conductance cutanée s'est avérée possible. mesure objective de la douleur aiguë. Un stimulus nocif active le nerf autonome par nociception provoquant la transpiration dans la paume de la main ou la plante du pied.

Cela augmente la conductance et diminue la résistance électrique. En mesurant le changements dans les fluctuations de fréquence et d'amplitude Il est possible de classer le niveau de nociception causée par des stimuli nocifs. Et parce que les glandes sudoripares sont contrôlées par des récepteurs muscariniques

On pense que la mesure est indépendante de la variabilité hémodynamique et de l'impact de agents adrénérgiques. Une technologie de MedStorm, qui mesure la conductance cutanée a été démontré dans les études qu'il s'agissait d'un moyen fiable de mesurer la nociception.

Nous avons déjà mené une étude pilote avec le Medasense PMD-200 (NoL) et plusieurs points de mesure simultanés qui ont montré des données non concluantes. Dans l'étude à venir, nous avons l'intention d'ajouter un deuxième type de moniteur (MedStorm) et des points de mesure supplémentaires.

BUT :

Le but de cette étude est de décrire s'il existe une variance entre les différentes techniques de mesure et / ou points de mesure pour détecter adéquatement les stimuli nociceptifs chez les patients subissant une anesthésie générale ou une sédation.

MÉTHODES:

Nous avons l'intention d'étudier les patients qui subissent des interventions abdominales et procédures vasculaires de radiologie et recevoir une anesthésie générale de routine ou une sédation. Dans le cas de stimuli nociceptifs scientifiquement confirmés (par exemple, lifting de la mâchoire, intubation et incision cutanée), les valeurs mesurées selon la technique décrite précédemment sont notées avec d'autres paramètres physiologiques (fréquence cardiaque, pression artérielle, etc.).

RÉSULTATS:

Dans une étude pilote avec huit patients, nous avons pu estimer les différences dans la réponse nociceptive entre les côtés gauche et droit du corps pendant la chirurgie et l'anesthésie générale. Maintenant nous avons une étude en cours sur le sujet et les résultats préliminaires seront présentés au congrès.

CONCLUSION:

Dans une étude pilote avec huit patients subissant une intervention chirurgicale et une anesthésie générale, Nous avons pu montrer des différences dans la réponse nociceptive en ce qui concerne si la réponse échantillonnée à partir de la gauche ou côté droit du corps.

INFLUENCE DES DIFFÉRENTS RÉGIMES DE TRAVAIL POSTÉ SUR LA FATIGUE DES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN CHINE



Yanli Ma, Qian Zhang, Jing Ji , Xiaohui Guo

Hôpital Tsinghua Changgung de Pékin, École de médecine clinique, Université Tsinghua, Département d'anesthésiologie, Pékin, Chine, Beijing Tsinghua Changgung Hospital, École de clinique

Médecine, Université Tsinghua, Département d'anesthésiologie, Pékin, Chine

INTRODUCTION:

La gestion des ressources humaines en soins infirmiers a une incidence directe sur la qualité des soins infirmiers et coût. L'application rationnelle et le développement complet des ressources infirmières sont devenus le cœur de la gestion moderne des soins infirmiers. La nature de l'anesthésiologie détermine le rythme rapide, intensité élevée, nombreux défis et grande pression du travail infirmier. L'état d'urgence, les patients opérés de nuit sont complexes et changent rapidement, ce qui nécessite des changements plus élevés

L'étude de la qualité de vie professionnelle, des conditions psychologique et physique d'exercice des infirmières en anesthésiologie montre que le degré d'épuisement professionnel du personnel infirmier dans les unités de soins intensifs, d'urgence est important

La place est plus évidente que dans les départements d'anesthésie généraux. L'épuisement professionnel peut entraîner une baisse de satisfaction de l'emploi, d'efficacité au travail réduite, de manque de sentiment d'accomplissement et autres conditions. Comment en utilisant les ressources humaines existantes en soins infirmiers, en faisant un horaire raisonnable, afin que les patients obtiennent de meilleurs soins infirmiers, tout en améliorant la satisfaction des personnels infirmiers en anesthésiologie est devenu un sujet de préoccupation commun des gestionnaires de soins infirmiers.

OBJECTIF:

Comparer la relation entre différents modèles de travail posté et le degré de fatigue de le personnel infirmier en anesthésie, afin de rechercher un modèle de changement qui favorise la promotion de l'hygiène physique et de l'anesthésie, la santé mentale des infirmières et l'amélioration de la qualité du travail infirmier, afin de fournir une base pour améliorer le rythme de travail des infirmières anesthésistes en Chine et fournir une référence pour les soins infirmiers à mieux gérer les ressources humaines des soins infirmiers en anesthésie.

MÉTHODES:

En Chine, les infirmières travaillent essentiellement 8 heures par jour, 5 jours par semaine, et la semaine le temps de travail est calculé en heures. Les infirmières en anesthésiologie de notre hôpital prennent trois quarts de travail sur en semaine, y compris le quart de jour 8:00 - 16:00, le quart de nuit 16:00 - 24:00, le quart de nuit 24:00 - 8:00.

Un régime d'équipe consiste à travailler de nuit pendant six à sept jours d'affilée, avec deux jours de congé, avec un quart de travail chaque année en février. Une autre structure consiste à prendre trois quarts de nuit consécutifs pour un repos 1-2 jours, un quart de travail par mois. Comparez les sentiments du personnel infirmier selon deux quarts de travail.

Un questionnaire a été distribué à 30 infirmières anesthésistes qui avaient travaillé dans notre hôpital pendant une longue période en 2020-2021 au moyen d'un échantillonnage pratique, et la période d'enquête était de 1 à 2 semaines.

Au total, 30 questionnaires ont été recueillis. Le questionnaire de cette étude comprend le contenu suivant : questionnaire d'information générale, échelle de gravité de la fatigue (ESF) et l'enquête de satisfaction du personnel.

RÉSULTATS:

Les infirmières en anesthésiologie étaient plus satisfaites d'un quart de nuit mensuel, avec une moyenne de 87,27 %, comparativement à 70,69 % pour l'autre annexe. Le taux d'infirmières qui ont fait ne pas se sentir fatigué était de 60 % pour le quart mensuel et de 10 % pour l'autre quart de travail. Le tarif des événements indésirables liés aux soins infirmiers était également plus faible.

L'horaire de soins infirmiers à trois quarts présente les avantages suivants : premièrement, il a moins d'impact sur la famille la vie et reflète hautement humanisé; Deuxièmement, l'impact sur l'horloge biologique du personnel infirmier est relativement petit, plus conforme aux règles biologiques de travail et de repos; Troisièmement, il est pratique pour personnel infirmier pour organiser sa vie personnelle.

CONCLUSION:

Pour tous, les niveaux de planification combinée du personnel infirmier, peut réduire la pression psychologique du jeune personnel infirmier, atteindre le but de complémentaire au niveau professionnel du personnel infirmier, améliorer le niveau infirmier de l'équipe. L'optimisation peut explorer pleinement les ressources humaines et réduire la pression physique et mentale du personnel infirmier. Mettre l'accent sur l'enthousiasme de travail, l'initiative et la créativité des infirmières, selon les qualifications du personnel infirmier et la répartition par la hiérarchie de chaque personnel infirmier du nombre annuel de quarts de nuit, faire en sorte que les infirmières peu qualifiées puissent accomplir un certain nombre de postes de nuit, selon les exigences de la formation d'infirmières hautement qualifiées moins nombreux. Des soins humanistes incarnés, améliorent la satisfaction au travail des infirmières. Le système d'organisation du travail infirmier en période fixe » et « combiné » permet non seulement d'obtenir une meilleure efficacité au travail, mais aussi prendre soin de la santé physique et mentale des infirmières. Un système de travail posté raisonnable peut non seulement améliorer la qualité de vie des travailleurs infirmiers, son importance est de faire travailler les soins infirmiers significatif, afin d'améliorer l'efficacité du travail.

LA CURARISATION RÉSIDUELLE EST IMPORTANTE

Richard Flowers, DNP, CRNA, CHSE
École de médecine de Wake Forest
Département des soins infirmiers universitaires



INTRODUCTION:

Le blocage neuromusculaire résiduel postopératoire (PRNB) a été On estime qu'il se produit chez jusqu'à 80 % des patients recevant des agents bloquants neuromusculaires. Résiduel La paralysie a été impliquée dans une myriade de complications respiratoires postopératoires fâcheuses y compris l'hypoxie, la réintubation inattendue et la ventilation mécanique, et pulmonaire aspiration et pneumonie. Contractions neuromusculaires qualitatives standard (TMN) et signe clinique

Les méthodes d'évaluation du blocage neuromusculaire (NMB) nécessitent une évaluation humaine de la qualité et de la performance des contractions et se sont révélées peu fiables pour évaluer la profondeur de la NMB et limiter les conséquences de la paralysie résiduelle. Les anesthésistes praticiens sous-estiment souvent l'incidence du blocage neuromusculaire résiduel à l'extubation et en postopératoire. Les fournisseurs d'anesthésie en exercice sous-estiment et/ou ne sont pas conscients des conséquences et des complications liées à la paralysie résiduelle postopératoire et peuvent ne pas être familiers avec les avantages et l'importance de la technologie de surveillance quantitative. Il a été démontré que les agents d'inversion de liaison sélective (sugammadex) et les modalités de surveillance quantitative améliorent considérablement l'incidence de la paralysie résiduelle et des complications associées, mais ils ne sont souvent pas utilisés, non disponibles ou limités en raison de comparaisons de coûts avec les méthodes traditionnelles. Cependant, des données récentes ont montré à la fois des améliorations des résultats et des réductions potentielles des dépenses globales en soins de santé grâce à l'utilisation de nouveaux agents d'inversion et de nouvelles technologies de surveillance.

AIM :

Les participants seront conscients des limites et du manque de fiabilité de la surveillance qualitative du blocage neuromusculaire et des agents anticholinergiques traditionnels d'inversion. Ils se familiariseront également avec les complications associées au blocage neuromusculaire résiduel postopératoire et la morbidité, la mortalité et les implications financières qui en découlent. Les participants seront au courant des nouveaux moniteurs quantitatifs disponibles dans le commerce et défendront l'utilisation de tels moniteurs dans leurs installations domestiques. Les participants seront en mesure de choisir l'agent d'inversion approprié en fonction des données quantitatives et qualitatives afin d'obtenir en temps opportun les critères d'extubation recommandés en toute sécurité.

MÉTHODES:

Contenu de la présentation de la conférence:

1. Blocage neuromusculaire résiduel postopératoire a. incidence de l'occurrence b. complications associées
2. Limites de la surveillance neuromusculaire qualitative a. manque de fiabilité de l'interprète b. incapacité d'évaluer le niveau réel de blocage c. inefficacité des critères traditionnels d'extubation
3. Recommandations actuelles pour les critères d'extubation sécuritaire.
4. Techniques de surveillance quantitative.
5. Limites de la inversion

de la néostigmine avec blocage neuromusculaire modéré à profond. 6. Posologie et calendrier recommandés de la néostigmine en fonction de la profondeur du blocus. 7. Posologie et calendrier recommandés du sugammadex. 8. Sugammadex vs néostigmine en ce qui concerne les complications postopératoires. (PONV, PRNMB) 9. Discussion des données probantes concernant l'amélioration des résultats et les économies de coûts de soins de santé grâce à la mise en œuvre de protocoles d'inversion pharmaceutique et de technologie de surveillance quantitative. 10. Questions

RÉSULTATS : S.O. CONCLUSION :

Cette présentation informative fondée sur des données probantes met l'accent sur l'impact du blocage neuromusculaire résiduel postopératoire et sur les limites largement sous-estimées des méthodes de surveillance qualitative standard traditionnelles et des agents anticholinergiques inverses dans la reconnaissance et l'atteinte des critères d'extubation sans danger recommandés. Le présentateur partagera sa vaste expérience d'utilisation de la néostigmine et du sugammadex en conjonction avec des techniques quantitatives de surveillance du blocage neuromusculaire pour réduire l'incidence du blocage neuromusculaire résiduel et des complications associées dans sa pratique clinique. Vous quitterez cette séance avec un coffre d'outils contenant des recommandations fondées sur des données probantes pour la surveillance et l'inversion du blocage neuromusculaire afin d'atteindre systématiquement les critères recommandés pour une extubation sûre et la prévention du blocage neuromusculaire résiduel postopératoire.

L'IMPACT DE LA SIMULATION DE CRISE PÉRIOPÉRATOIRE SUR L'AMÉLIORATION DES RÉSULTATS CORMAC

T. O'Sullivan, PhD, CRNA, Heather Bair, DNP, CRNA Université de l'Iowa,
Université de l'Iowa



INTRODUCTION:

Les situations de crises péri opératoires (hémorragie, infarctus du myocarde, difficultés des voies respiratoires) surviennent rarement, mais entraînent souvent une morbidité et une mortalité importantes lorsqu'elles surviennent. Les événements les plus courants énumérés dans les études sur les réclamations sont les problèmes de difficulté des voies respiratoires, les hémorragies, les événements cardiaques péri opératoires et les problèmes d'anaphylaxie et de médicaments. La rareté de ces événements signifie que la plupart des prestataires péri opératoires ne les verront que 1 à 2 fois au cours de leur carrière et seront inexpérimentés dans leur traitement. L'utilisation d'aides cognitives et de simulations réduira les erreurs de traitement, améliorera les résultats pour les patients et augmentera la satisfaction du personnel à l'égard des soins fournis.

VISER:

1 Discuter des avantages de l'utilisation d'aides cognitives pendant les situations de crises péri opératoires
2. Examiner les avantages de la simulation pour les situations de crises péri opératoires
3. Discuter de l'élaboration d'un calendrier régulier de simulation de crise pour améliorer les résultats pour les patients.

MÉTHODE:

Un programme de simulation de situations de crise péri opératoire a été développé à partir d'études de sinistres d'anesthésie. Le calendrier de simulation a été déployé dans divers établissements de santé ruraux et urbains. Le programme est en cours. Le programme a également été mené dans plusieurs lieux de conférence professionnels à travers les États-Unis. Cette facette est également en cours.

RÉSULTATS:

Tous les participants ont évalué une augmentation de leurs connaissances et de leur niveau de confort après avoir participé aux simulations de crise. De façon anecdotique, plusieurs participants nous ont contactés depuis leur participation pour détailler leur niveau accru de soins fournis lors d'une crise dans leur établissement de santé depuis le cours de simulation. Plusieurs participants ont été en mesure de mettre en œuvre un certain niveau de simulation de crise dans leur établissement d'attache de façon continue.

CONCLUSION:

Les situations de crise péri opératoires sont peu fréquentes et le personnel présent au moment d'un événement est généralement inexpérimenté dans le traitement de la crise. L'éducation basée sur la simulation réduit les erreurs de mauvais traitement, améliore le délai de livraison des traitements critiques et améliore les résultats des patients dans les situations de crises péri opératoires. En tant que leaders dans le domaine des soins de santé, les CRNA devraient travailler à la mise en œuvre d'un programme de simulation de crise dans leur établissement.

APPLICATION DU MODE TRIDIMENSIONNEL D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ COMBINÉ AVEC LE GROUPE DE GESTION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS DANS LA GESTION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS EN ANESTHÉSIE



Xueyan Xing, Shumin Tu, Fang Zhou, Xi Tian, Zupeng Chen Hôpital Tsinghua changgung de Pékin, Hôpital Tsinghua changgung de Pékin, École des sciences infirmières Université médicale de Xuzhou, Hôpital Tsinghua changgung de Pékin, Hôpital Tsinghua changgung de Pékin

INTRODUCTION:

Depuis 2017, le gouvernement chinois a publié successivement trois documents concernant l'anesthésie infirmière, clarifiant le contenu du travail de l'anesthésie infirmière. Mon hôpital est sous anesthésie infirmière depuis 2014. Le travail de l'infirmière anesthésique dans mon hôpital couvre la période de préparation pré-anesthésique, la période d'induction de l'anesthésie, la période d'entretien de l'anesthésie et la période de réanimation de l'anesthésie. Le contenu du travail de l'infirmière anesthésique comprend les préparations pré-anesthésiques, l'aide à l'anesthésiologiste traitant pour effectuer l'anesthésie, la surveillance et l'achèvement du travail infirmier péri-anesthésique.

OBJECTIF:

Explorer les méthodes appropriées pour la gestion de la qualité des soins infirmiers d'anesthésie en Chine.

MÉTHODES:

L'équipe de gestion de la qualité des soins infirmiers en anesthésie a été mise sur pied et le modèle tridimensionnel d'évaluation de la qualité donabédien a été utilisé pour effectuer la gestion de la qualité des soins infirmiers d'anesthésie à partir des trois dimensions de la structure, du processus et du résultat, combinés à différents outils de gestion de la qualité.

RÉSULTATS:

En 2020, un total de 3272 cas d'examen endoscopique indolore et 8138 cas d'anesthésie chirurgicale ont été complétés par les anesthésiologistes traitants assistés par une infirmière anesthésiste dans mon hôpital, parmi lesquels \geq ASA grade III. représentait 24,7%. Aucun événement indésirable lié à l'anesthésie ou à l'infirmier ne s'est produit, aucune plainte des patients ou de leurs familles, et la satisfaction des patients était de 100 %.

CONCLUSION:

L'équipe de gestion de la qualité des soins infirmiers en anesthésie de mon hôpital a construit le système de gestion de la qualité des soins infirmiers en anesthésie en utilisant le modèle tridimensionnel d'évaluation de la qualité, qui se compose de trois dimensions et est divisé en trois niveaux, et convient à la gestion actuelle de la qualité des soins infirmiers d'anesthésie en Chine.

CARTOGRAPHIE DE L'INTERVENTION INFIRMIÈRE À L'AIDE DU SYSTÈME DE NOTATION DES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES TRANSPLANTATIONS HÉPATIQUES SANS EFFUSION DE SANG

Tímea Rengeiné Kiss Ph.D, RN, MSN, Infirmière en soins intensifs pédiatriques Université Semmelweis, Département d'anesthésiologie et de thérapie intensive de Budapest,

Contexte de l'unité de soins intensifs de transplantation : Le système simplifié de notation des interventions thérapeutiques adapté à la transplantation hépatique par le King's College Hospital classe 138 activités pour déterminer la charge de travail infirmière, le diagnostic, la surveillance et les besoins thérapeutiques.

OBJECTIFS:

Évaluer les activités infirmières du score « King's-TISS » regroupées en systèmes d'organes et ratio infirmière-patient dans les 48 heures périopératoires de transplantations hépatiques sans produits sanguins (LT).

MÉTHODE:

Les scores "King's-TISS" ont été analysés par des procédures infirmières et regroupés, notés selon les systèmes d'organes. Les charges de travail infirmier ont été étudiées pendant la LT (T1), à l'arrivée à l'USI (T2) et 12 à 24-48 heures après LT (T3-T4-T5).

RÉSULTATS:

Le total des points de score « King's-TISS » a diminué de 20 % par jour ($p = 0,001$). Le score moyen de $104 \pm 3,5$ points (IC: 104-105) pendant la LT a diminué à $84,7 \pm 12$ points (IC: 83-86) en 48 heures (T5). Les points "métabolique" et "hémostase" ont augmenté ($p = 0,01$), les points "immunologie" inchangés (T2-T5) postopératoire. Une légère diminution a été observée en cas de points "soins infirmiers de base", "surveillance", "soutien neurologique" et "soutien cardiovasculaire" (T2-T5, $p < .01$). Les points « intervention invasive » et « assistance ventilatoire » ont fortement diminué (T2-T5, $p < 0,001$). Un point « King's-TISS » s'est avéré égal à 7,4 minutes avec un ratio infirmière-patient de 2:1 en peropératoire et de 1:1 en postopératoire.

CONCLUSION:

L'absence d'administration de produits sanguins dans la LT diminue la charge de travail totale et spécifique aux organes, à l'exception des besoins métaboliques, hémostasis, immunologiques et de soutien de base. Il n'entraîne pas dans le cadre du score King's-TISS d'analyser l'application du test d'hémostase viscoélastique et de l'administration de concentré de facteur de coagulation. Nous sommes les premiers à poser un score infirmier validé dans le domaine de la transplantation hépatique, qui aide à la planification individuelle des ressources humaines et pourrait tout aussi bien être appliqué dans d'autres centres d'Eurotransplant.

ÉDUIQUER POUR L'EXCELLENCE : ÉVALUER LES COMPÉTENCES NON TECHNIQUES DES ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES ANESTHÉSISTES EN PRATIQUE CLINIQUE



Fiona Flynn, Pia C. Bing-Jonsson, Ragnhild Sørnum Falk, Siri Tønnesen, Berit Taraldsen
Université Valeberg du sud-est de la Norvège, Université du Sud-Est de la Norvège, Oslo
Centre de biostatistique et d'épidémiologie, Hôpital universitaire d'Oslo, Université du Sud-Est de la Norvège, Université métropolitaine d'Oslo, Université du Sud-Est de la Norvège

INTRODUCTION:

Les compétences non techniques sont définies comme des « compétences cognitives, sociales et de ressources personnelles ». Avec de bonnes connaissances théoriques et des compétences techniques, les compétences non techniques telles que la connaissance de la situation, la prise de décision, la gestion des tâches et le travail d'équipe sont généralement reconnues comme jouant un rôle essentiel dans la fourniture d'une anesthésie sûre et excellente. Les instruments d'évaluation clinique pour les étudiants en soins infirmiers anesthésistes évaluent un large éventail de compétences, y compris les compétences techniques et non techniques. Cependant, il y a actuellement peu de normalisation, et peu d'instruments d'évaluation des compétences non techniques semblent avoir été largement testés dans la pratique clinique. L'instrument d'évaluation comportementale structurée NANTS-no (Nurse Anesthetists' Non-Technical Skills-Norway) a été testé psychométriquement dans une étude antérieure et a démontré une grande fiabilité.

BUTS:

L'objectif de cette étude était d'explorer l'utilisation de l'instrument d'évaluation structurée NANTS-no (Nurse Anesthetists' Non-Technical Skills-Norway) dans le développement et l'évaluation des compétences non techniques des étudiantes en soins infirmiers anesthésistes dans la pratique clinique.

MÉTHODE:

Cette étude de cohorte avait un plan longitudinal. Les compétences non techniques de 20 étudiantes anesthésistes norvégiennes ont été évaluées par leurs mentors (N = 31) et superviseurs cliniques (N = 7) à trois moments sur une période de 12 mois, après avoir administré une anesthésie à un patient. Une échelle de notation de 5 points a été utilisée pour les évaluations des experts et les autoévaluations des étudiants. Le développement des compétences non techniques au fil du temps a été estimé à l'aide de modèles linéaires à effets mixtes. 85 **RÉSULTATS:** Les étudiants ont démontré un développement global significatif des compétences non techniques (p

CONCLUSION:

L'instrument d'évaluation comportementale structurée semble fiable pour évaluer les compétences non techniques des étudiantes en soins infirmiers anesthésistes en pratique clinique. Cette étude peut avoir des implications pour l'évaluation systématique des compétences non techniques pendant la formation d'infirmière anesthésique dans d'autres pays.

APPLICATION DE MESURES D'ISOLATION MULTIMODALE POUR PRÉVENIR L'HYPOTHERMIE PÉRIOPÉRATOIRE CHEZ LES PATIENTS TRANSPLANTÉS HÉPATIQUES



Jing Ji, Yanli Ma Beijing Hôpital Tsinghua Changgung, École de médecine clinique, Université Tsinghua, Beijing Hôpital Tsinghua Changgung, École de médecine clinique, Université Tsinghua

INTRODUCTION:

Dans des circonstances normales, la chaleur humaine est principalement distribuée par évaporation, rayonnement, convection et conduction. Hyperthermie pendant la transplantation hépatique (transplantation hépatique) (température centrale du corps

BUTS:

Grâce à cette étude, l'effet des mesures d'isolation thermique multimode et des mesures d'isolation thermique conventionnelles a été analysé sur la prévention de l'hypothermie périopératoire chez les patients transplantés hépatiques, afin de standardiser les mesures de soins de température corporelle de la chirurgie de transplantation hépatique, de prévenir la survenue d'hypothermie peropératoire chez les patients transplantés hépatiques et de mieux favoriser le rétablissement des patients.

MÉTHODE:

L'étude prospective a inclus 102 patients subissant une transplantation hépatique in situ à l'hôpital Tsinghua Changgeng de Beijing d'octobre 2020 à octobre 2021. Tous les patients ont signé un formulaire de consentement éclairé, conformément aux règles d'éthique médicale. De ce nombre, 76 hommes et 26 femmes; 18 à 70 ans, âge médian 44. À l'aide de nombres aléatoires générés par ordinateur, les patients ont été répartis au hasard en groupe d'intervention multimodale sur la température corporelle (groupe multimodal, 51 cas) et en groupe conventionnel de température corporelle (groupe témoin, 51 cas) en fonction du moment de la chirurgie. Les deux groupes ont été transplantés in situ avec la non-translocation classique sous anesthésie générale par intubation endotrachéale. Les comparaisons périopératoires de la température corporelle entre les deux groupes ont été effectuées à l'aide d'un test t d'échantillon indépendant.

RÉSULTATS:

Dans le groupe multimodal, l'absence de stade hépatique, le nouveau stade hépatique et la température postopératoire de 72 heures étaient respectivement $(36,5 \pm 0,6)^\circ\text{C}$ 、 $(36,6 \pm 0,6)^\circ\text{C}$ 、 $(36,5 \pm 0,6)^\circ\text{C}$ 、 $(36,5 \pm 0,5)^\circ\text{C}$,, significativement plus élevé que le $(35,8 \pm 0,5)^\circ\text{C}$ 、 $(35,5 \pm 0,4)^\circ\text{C}$ 、 $(35,3 \pm 0,4)^\circ\text{C}$ 、 $(35,8 \pm 0,6)^\circ\text{C}$ ($t = 6,60, 7,24, 18,68$; P

CONCLUSION:

Les mesures d'isolation multimodale peuvent réduire l'incidence de l'hypothermie périopératoire chez les patients transplantés hépatiques. Afin d'améliorer encore l'effet de l'application, la norme de fonctionnement standard pour la protection de la température de la transplantation hépatique peut être formée pour réduire l'incidence de l'hypothermie

peropératoire chez les patients ayant subi une transplantation hépatique et améliorer le pronostic du patient.