



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

PR-CHI-01

NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinară necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare, de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile mai sus menționate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 1/13

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componența revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	-integral-	-elaborare inițială-	23.02.2015
2	2/0	-integral	-modificare machetă, codificare protocol, editare în structura stabilită în PS 01	15.08.2022
3				

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției protocolului

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Șef lucrări Dr. Radu Terinte	Medic primar chirurgie generală		19.07.2022
2	Verificat pentru conformitate	Dr. Stela Maria Leonte	RMC		20.07.2022
3	Avizat /Verificat	Av. Petru Manița	Avocat		08.08.2022
4	Verificat /Avizat	Dr. Emilia Solomon	Director Medical		10.08.2022
6	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		12.08.2022

Exemplar nr:





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 2/13

CUPRINS

1. SCOP
2. DOMENIUL DE APLICARE
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI
4. DESCRIERE PROTOCOL
 - 4.1. Etiologie, epidemiologie
 - 4.2. Factori de risc, screening
 - 4.3. Anamneza
 - 4.4. Tablou clinic
 - 4.5. Investigații paraclinice
 - 4.6. Diagnostic pozitiv
 - 4.7. Diagnostic diferențial
 - 4.8. Complicații
 - 4.9. Tratament (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical)
 - 4.10. Evoluție (monitorizare pe durata internării, criterii de externare, monitorizarea după externare)
5. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE
6. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL
7. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI
8. RESPONSABILITĂȚI
9. REFERINȚE BIBLIOGRAFICE
10. ÎNREGISTRĂRI
11. ANEXE
12. DIFUZARE



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 3/13

1. SCOP

- 1.1. Protocolul are ca scop reglementarea activităților de diagnosticare și stabilire a tratamentului în hernia inghinală.
- 1.2. Protocolul a fost elaborat din următoarele considerente:
 - patologie frecventă la pacienții internați în Secția Clinică Chirurgie Generală
 - standardizarea actului medical
 - siguranța pacientului
 - echipa medicală antrenată și cu experiența în domeniu
- 1.3. Spitalul asigură asistența multidisciplinară prin celelalte specialități, existând posibilitatea de susținere și monitorizare multidisciplinară pentru comorbidități.
- 1.4. Rezultate operatorii excelente, recidivele fiind extrem de rare.

2. DOMENIUL DE APLICARE

- 2.1. Cod diagnostic:

K40 – Hernia inghinală

- **K40.90** - Hernia inghinală unilaterală sau nespecificată, fără obstrucție sau gangrenă
- **K40.30** - Hernia inghinală unilaterală sau nespecificată, cu obstrucție, fără gangrenă

K42.9 – Hernia ombilicală

K41.9 – Hernia femurală (crurală)

K45.8 – Alte hernii abdominale specificate fără obstrucție sau gangrenă

- 2.2. Protocolul se aplică în cadrul Secției Clinice Chirurgie Generală.
- 2.3. Protocolul se aplică de către medicii din cadrul Secției Clinice Chirurgie Generală, medicii Secția ATI, asistenți medicali din secțiile Chirurgie, ATI și Bloc Operator
- 2.4. Categoriile de pacienți:
 - Pacienți, cazuri cronice, internați în spitalizare continuă;
 - Pacienți, cazuri acute, internați în urgență, spitalizare continuă;
 - Pacienți reveniți pentru intervenție chirurgicală după corectarea tarelor asociate în alte secții de specialitate, internare continuă.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții

Hernie – ieșirea parțială a unui sau a mai multor organe din cavitatea peritoneală printr-un canal sau orificiu preexistent (anatomic) sau creat de către impulsul continuu pe care-l exercita organul care herniază, numit punct slab anatomic.

Hernie inghinală – protruzia organelor se realizează prin canalul inghinal.

Hernie ombilicală – protruzia organelor se realizează prin orificiul ombilical.

Hernie crurală – protruzia organelor se realizează prin canalul crural.

3.2. Abrevieri



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 4/13

- a) CT – computer tomografie
- b) DMS – durata medie de spitalizare
- c) EKG – electrocardiogramă
- d) FOCG – Foaia de observație clinică generală
- e) RMN – Rezonanță magnetică nucleară
- f) RX – radiografie
- g) Ts – timp de sângerare
- h) Tc – timp de coagulare
- i) VSH – viteza de sedimentare a hematiilor

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- 4.1 SR CEN/TS 15224:2017 - „Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2015”
- 4.2 SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”
- 4.3 SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”
- 4.4 Ordinul nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.
- 4.5 Ordinul nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.
- 4.6 Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului.
- 4.7 **Ioan Costea** – ELEMENTE DE SEMIOLOGIE CHIRURGICALĂ ȘI MICA CHIRURGIE, Ed. „Gr.T.Popa” UMF Iași, 2014

5. DESCRIERE PROTOCOL

5.1 Etiologie, epidemiologie

- 5.1.1 Hernia inghinală se produce prin canalul inghinal care este ocupat de cordonul spermatic, la bărbat și de ligamentul rotund, la femei. Canalul inghinal se afla într-un unghi de 30 grade față de arcadă inghinal (linia Malgaigne).
- 5.1.2 Hernia inghinală este favorizată de stațiunea bipedă a omului. În peretele abdominal, la acest nivel, se descrie un triunghi (Gillis) care este zona slabă. Acest triunghi este format din:
 - arcada inghinală;
 - tendonul conjunct (unirea dintre micul oblic și mușchiul transvers);
 - dreptul abdominal.
- 5.1.3 În funcție de descinderea sacului herniar și raporturile sale în canalul inghinal putem avea:
 - punct herniar-sacul herniar se află la nivelul orificiului profund al canalului inghinal;
 - hernie intraparietală (interstițială), care au pătruns, în canalul inghinal;
 - hernii funiculare (bu casexie, bonocele), atunci când ajung la orificiul extern al canalului inghinal;
 - hernii inghino-scrotale care coboară în bursa scrotală;
 - hernii inghino-testiculare care ajung până în vaginala testiculului;
 - chistele de cordon se produc la nivelul inelelor Ramonede, reprezintă închideri imperfecte, ca



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 5/13

niște inele , ale canalului peritoneo-vaginal

5.1.4. Hernia ombilicală se produce prin orificiul ombilical, cicatrice fibroasă a locului prin care se exterioriza cordonul ombilical în perioada fetală, și închis după naștere și tăierea cordonului ombilical. Este mai frecventă la femei, complicație a abdomenului gravid, sau la persoane obeze.

5.1.5. Herniile diafragmatice (hiatale) seunt datorate ascensiunii marelui fornix gastric în cavitatea toracică prin hiatusul esofagian lărgit. Pot fi prin alunecare, prin rostogolire, sau mixte.

5.1.6. Alte tipuri de hernii cu incidență mai redusă sunt: crurale, ale liniei albe, ale liniei lui Spiegel, hernii ischiatică sau hernii lombare.

5.2 Factori de risc, screening

În mod normal, între presiunea intraabdominală și rezistența peretelui abdominal este un echilibru care împiedică apariția herniilor. Când acest echilibru este perturbat, se creează premisele apariției herniei. În funcție de tulburările aparute, există două forme de hernii la adult;

- **Herniile de forță**, în care presiunea intraabdominală crește peste limitele normale și învinge rezistența peretelui abdominal, determinate de efort fizic intens, tușitori cronici, constipații prelungite, situații care impun efort micțional (adenom de prostată), acestea din urmă determinând creșteri brutale ale presiunii intraabdominale.
- **Herniile de slăbiciune**, situații în care rezistența peretelui abdominal este scăzută și cedează la presiunea intraabdominală, chiar dacă este în limite normale (cașexie, tuberculoză în forme avansate, cancer în faze avansate, dezechilibre proteice importante).

5.3 Anamneza

Acest examen al bolnavului poate aduce date importante cu privire la cauze, evoluție și prognostic. Un debut relativ brusc, după apariția formațiunii după episoade de efort fizic intens orientează spre o hernie de forță. Apariția afecțiunii în afara unui efort fizic important orientează spre o hernie de slăbiciune. Context în care este important să identificăm cauzele scăderii rezistenței peretelui abdominal. Astfel asocierea herniei cu hemoroizi, varice hidrostatice, picior plat ne face să catalogăm boala ca pe o tulburare metabolică cu afectarea țesutului conjunctiv. Hernia apare la vârstnic care a slăbit mult în ultima perioadă atunci bănuim o boală cronică sau o afecțiune neoplazică. În afară de semnele comune tuturor.

5.4 Tablou clinic

În general, pacientul acuză jenă dureroasă ca o senzație de greutate la nivel inghinal, exacerbată la efort fizic, prezintă o formațiune la nivel inghinal care se mărește în timpul efortului și se reduce sau dispare în repaus sau în clinostatism (reductibilitate). În funcție de organul care herniază, pot apărea simptome specifice suferinței acestora: constipație, diaree, polakiurie.

Examenul clinic al pacientului trebuie efectuat atât în clinostatism cât și în ortostatism, la inspecție observând formațiunea tumorală la nivelul orificiului hernial și prin palpare dacă această formațiune este reductibilă o diferențiem de fibroame, lipoame, adenopatii, hidrogel sau varicocel. De asemenea la tuse formațiunea crește în volum (expansiune). La palpare, cu hernia redusă în abdomen și degetul examinătorului introdus în orificiul herniar, la efortul de tuse al pacientului se simte o bataie la varful



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 6/13

degetului examinatorului (impulsiune).

Odată stabilit diagnosticul de hernie, se va stabili varietatea acesteia. Evoluția herniilor este lentă și continuă, herniile cresc, treptat și continuu, în volum, pot deveni jenante și se pot complica.

Complicațiile pot fi acute (strangularea, traumatismele herniare, hemorgiile herniare), sau cronice (ireductibilitatea, corpi străini intrasaculari, tumori intrasaculare).

5.5 Investigații paraclinice

Se fac analize de laborator atât de sânge cât și de urină. La cele de sânge se fac în mod uzual următoarele analize: hemoleucograma, glicemia, colesterolul, probele curente hepatice, VSH, ureemia, Ts, Tc.

Pentru a evidenția hernia și a vedea tipul acesteia, precum și diagnostice diferențiale cu alte afecțiuni, sunt necesare investigații imagistice: ecografie abdominală, iar în situații particulare CT sau RMN abdominale. Rx pulmonar și EKG sunt examene obligatorii pentru stabilirea riscurilor anestezice și operatorii.

5.6 Diagnostic pozitiv

Diagnosticul pozitiv se bazează pe contextul apariției afecțiunii, examen clinic edificator (formațiune pseudotumorală reductibilă cu expansiune și impulsie la tuse). Investigațiile imagistice pot oferi date suplimentare în susținerea diagnosticului.

5.7 Diagnostic diferențial

De obicei, diagnosticul de hernie inghinală se pune fără nici o dificultate. Adeseori, ea poate fi confundată cu o hernie crurală. Deosebirea constă în faptul că tumoarea de hernie inghinală se găsește deasupra arcadei inghinale, în timp ce tumoarea din hernie crurală se află dedesubtul acestei arcade. Se poate face confuzie cu alte afecțiuni tumorale care apar în această regiune. Caracteristic pentru o hernie este faptul că tumoarea herniară apare când bolnavul se ridică în picioare și dispare când acesta se așează în decubit dorsal. Aceasta o deosebește de alte tumori.

Se poate confunda hernia cu o tumoră de altă natură care apare în această regiune sau putem lua drept hernie cu absces rece evidențiat în regiunea inghinală. Se poate confunda cu o hernie strangulată cu o adenită inghinală, confuzie gravă, întrucât se poate întârzia intervenția operatorie, cu urmări grave. Hernia inghino-scrotală poate fi confundată cu un hidrocel (lichid acumulat în tunică vaginală a scrotului). Se mai poate confunda o hernie inghino-scrotală cu o orhită, cu o orhiepidimită, formațiuni cu caracter inflamator, care apare brusc și sunt foarte dureroase, ori cu o tumoră de testicul care este dură, evoluează lent, progresiv și la început nu-i deloc dureroasă.

Diagnosticul diferențial se mai poate face cu diferite afecțiuni în funcție de forma anatomo-clinică cum ar fi următoarele:

- hidrocelul care spre deosebire de acestea se transiluminează;
- fibroame;
- lipoame;
- adenopatii;
- varicocel.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 8/13

recuperarea post anestezică este de scurtă durată. În situații speciale, sau în herniile ombilicale, unde sediul intervenției este superior față de zona lombară, se impune anestezia generală cu intubație oro-traheală, pentru a avea confort operator. Anestezia locală, strat cu strat este astăzi utilizată rar, în situații cu totul particulare și unde riscul unei anestezii mai ample este ridicat.

Tratamentul chirurgical constă în următoarele **etape**, indiferent de tehnica abordată:

- izolarea sacului herniar,
- tratarea conținutului acestuia
- ligatura și rezecția sacului herniar
- refacerea peretelui abdominal.

Tratamentul herniei strangulate este de asemenea chirurgical și se face în urgență rezolvând atât defectul parietal cât și complicația care este produsă prin strangulație - ocluzie intestinală.

În funcție de formele anatomo-clinice existente se folosesc diferite tehnici chirurgicale. Intervenția trebuie aplicată cât mai curând de la apariția herniei, pentru a se evita strangularea, care dă complicații grave sau chiar moartea.

Procedeele sunt, de trei feluri, în funcție de modul în care se tratează cordonul spermatic, din canalul inghinal:

- Procedee prefuniculare, în care peretele abdominal se închide, în fața cordonului spermatic. Sunt cele mai numeroase: Forgue, Mugnay-Ferrari, Kimbaravski.
- Procedee retrofuniculare, în care peretele se întărește, în spatele cordonului spermatic, care rămâne la exterior. Este un procedeu folosit, mai rar, la bătrâni (Postempiski).
- Procedeele anatomic refac canalul inghinal lăsând cordonul spermatic în canal. Procedeele, cel mai folosit, este Bassini.
- **Procedeele de refacere a defectului parietal cu proteza sintetică (mesh), procedeul Lichtenstein, folosit frecvent astăzi.**

Există două tipuri de operații pentru hernia inghinală:

- operația deschisă - se efectuează o singură incizie la nivelul zonei inghinale. Este o operație sigură, eficientă, utilizată de mai mulți ani;
- operația laparoscopică - este o metodă mai nouă de corectare a herniilor inghinale la adult. Printr-o mică incizie chirurgul introduce în abdomen un instrument subțire, iluminat, numit laparoscop. Instrumentele cu care se va efectua corectarea herniei vor fi inserate prin alte mici incizii efectuate la nivelul abdomenului. Riscul de refacere a herniei este variabil și depinde de tipul de operație ce s-a efectuat și de experiența chirurgului. După o operație deschisă rata de reapariție este între 1% și 7% pentru herniile indirecte și între 4% și 10% pentru cele directe. În cazul chirurgiei laparoscopice, riscul reapariției este de peste 10%, deși există studii ce precizează o rată a recurenței de doar 0.25%-2%.

În intervențiile chirurgicale laparoscopice, pe lângă pregătirea preoperatorie a instrumentarului și materialelor sterile uzuale pentru operație, trebuie verificată și pregătită în prealabil și aparatura laparoscopică, astfel încât să nu apară situații nedorite determinate de eventuale avarii sau distorsiuni.

În unele cazuri operația laparoscopică are unele avantaje față de operația deschisă. Studiile au arătat că pacienții operați laparoscopic au mai puține dureri și se reîntorc la munca și la alte activități mult mai repede decât în cazul operației deschise pe abdomen. Operația laparoscopică este însă mai scumpă.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 9/13

5.10 Evoluție (monitorizare pe durata internării, criterii de externare, monitorizarea după externare)

În etapa postoperatorie, pacientul va fi monitorizat și urmărit în secția ATI cel puțin 24 de ore postoperator. Scopul este de a monitoriza într-o secție bine dotată tehnic și cu personal adecvat a funcțiilor vitale: puls, tensiune arterială, saturație de oxigen, ritm cardiac, diureză, constante sanguine în dinamică. Pentru pacienții cu hernii complicate, care au suferit intervenții mai laborioase, monitorizarea ATI se poate extinde atât cât se consideră necesar ca poate fi transferat înapoi pe chirurgie, fără riscuri deosebite.

La pacienții care prezintă risc de retenție urinară (frecvent în hernii), se impune sondajul urinar care pe lângă avantajul evacuării urinii în situație de criză, oferă avantajul monitorizării diurezei, indicator important în reechilibrarea hidroelectrolitică.

În perioada postoperatorie pacienții trebuie să fie pansați zilnic, cu mare atenție la igienă, întrucât rezultatul operator depinde direct de igiena zonei operate. Un rol deosebit îl au infirmierele, care prin tapotaj, masaj, mobilizare pasivă și activă, crează condiții optime pentru evitarea tulburărilor de decubit prelungit ale pacientului.

Odată reîntors pe secția de chirurgie, pacientul trebuie integrat activ în recuperarea sa și reintegrare socială. Pansamentele se reduc la 2-3 zile interval, iar la 6-7 zile postoperator pacientul poate fi externat cu următoarele recomandări:

- Evitarea efortului fizic 6 luni
- Regim de viață echilibrat ca să nu decompenseze alte comorbidități
- Recontrol după 3 luni pentru reevaluarea rezultatului.

6. RESURSE UMANE ȘI TEHNICO-MATERIALE

6.1 Resurse umane

- medici chirurghi (competențe chirurgie laparoscopică)
- medic gastroenterolog
- medici anesteziști
- medic laborator clinic
- medic radiolog
- asistență medicală interdisciplinară de specialitate pentru evaluarea și tratarea comorbidităților
- asistenți medicali bloc operator
- asistenți medicali secția de chirurgie
- medici specialiști imagistică

6.2 Resurse tehnico-materiale

- Medicamente: anestezice, calmante, antibiotice injectabile, medicație specifică tratamentului tărilor asociate.
- Materiale sanitare sterile (comprese, pernute de vată), folie și benzi adezive pentru fixarea pansamentului, sonde urinare, punți urinare, branule, perfuzoare.
- Aparatura de specialitate: electrocardiograf, aparatura de radiologie, CT, RMN.
- Aparatura de laborator: analizor hematologie, analizor biochimie
- Aparatura și tehnica operatorie: trusa laparoscopică, instrumentar chirurgical adecvat



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 10/13

- Aparatura ATI: aparat de anestezie, pulsoximetru, monitoare de urmarire postoperatorie (tensiune arteriala, ritm cardiac, saturatie oxigen), aparatura de interventie in stop cardiac (defibrilator).
- Dispozitive pentru mobilizarea pasiva a pacientului: paturi multifunctionale, targi si carucioare medicale.
- Bazinete urinare

7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

- 7.1 Există posibilitatea să apară o serie de abateri de la prevederile acestui protocol.
- 7.2 Abaterile pot fi impuse de stări morbide asociate, coexistența herniei cu o altă afecțiune chirurgicală care să impună o altă abordare. Refuzul pacientului de a efectua intervenția conform protocolului.
- 7.3 Abaterile de la prevederile protocolului se consemnează în FOCG și se argumentează/justifică, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui pacient, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a medicului.

8. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

<i>Indicator</i>	<i>Valoare țintă</i>	<i>Metoda de calcul</i>	<i>Perioada de monitorizare</i>	<i>Responsabil</i>
Ponderea documentelor de actualitate care au stat la baza elaborării protocolului în perioada analizată.	100%	Nr documente de referință de actualitate / Nr total documente de referință	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea angajaților instruiți cu cerințele protocolului din totalul angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor protocolului.	100%	Nr personal instruit cu cerințele procedurii / Nr angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor procedurii	Semestrial	Medic șef secție
Prevalența din totalul cazurilor internate (nr. cazuri cu diagnostic hernie internați pe secție) în perioada analizată.	Nedefinită	Număr pacienți cu afecțiunea hernie internați în secție/Număr pacienți internați total secție %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea indicelui de concordanță între diag. int și diag ext > 80 % din total FOCG cu diagnostic hernie semestru	>80 %	Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare.	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 11/13

Ponderea asigurării resurselor tehnico-materiale /semestru	100 %	nr de resurse tehnico-materiale asigurate / nr resurse tehnico-materiale stabilite a fi necesare prin protocol.	Semestrial	Medic șef secție
Rata de succes al din total pacienti cărora li s-a aplicat protocolul de hernie (pacienti ameliorați/pacienți tratați)/semestru	Ținta ≥ 80 %	Număr cazuri care au reacționat la tratament / Număr total de cazuri. %	Semestrial	Medic șef secție
Rata complicațiilor din total pacienti cu diag. hernie /an	Ținta < 5 %	Număr cazuri care au prezentat complicații în timpul internării/ Număr total pacienți internați cu diagnosticul hernie %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea pacienților decedați cu diagnostic principal hernie total externări / semestru	$\leq$ Rata mortalității pe spital din ultimul an	Număr pacienți decedați în ultimele 6 luni cu diagnostic hernie/ Număr total externări cu diagnostic hernie %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu încadrare în costul mediu /diagnostic /semestru	≥ 90 %	Număr cazuri încadrate în limitele de abatere de ± 15 % față de costul mediu / Nr total cazuri diagnostic hernie %	Semestrial	Medic șef secție
Ponderea cazurilor cu durere ameliorată după 3 zile de la internare din totalul cazuri de hernie externate/semestru	70%	Numărul de cazuri cu durere ameliorată la 3 zile de la internare din totalul de cazuri cu diagnosticul de hernie externate % Ponderea cazurilor cu durere ameliorată în 3 zile de la internare din totalul de cazuri cu hernie externate %	Semestrial	Medic șef secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 12/13

Ponderea consemnate, riscurilor materializate la pacienții cu hernie din totalul EAAAM / semestru	EAAAM datorate clinice pacienții din totalul EAAAM / semestru	>1% (pragul de 1% semnifică existența preocupării spitalului de a identifica și consemna EAAAM) Riscuri clinice materializate și consemnate 100%	Nr. cazuri cu hernie care au suferit EAAAM consemnat în documentele medicale/ total cazuri cu hernie	Semestrial	Medic șef secție
---	---	---	--	------------	------------------

9. RESPONSABILITĂȚI

9.1 Medic

- ▶ Evaluează pacientul și consemnează anamneza
- ▶ Stabilește lista de analize și explorările necesare stabilirii diagnosticului
- ▶ Decide necesitatea eventualelor consulturi interclinice pentru comorbidități
- ▶ Stabilește conduita de tratament
- ▶ Stabilește regimul dietetic adaptat pacientului
- ▶ Realizează intervenția chirurgicală
- ▶ Urmărește evoluția postoperatorie a pacientului și tratamentul postoperator
- ▶ Realizează pansamentele plăgii operatorii
- ▶ Decide DMS în funcție de evoluție și consemnează evoluția pacientului
- ▶ Suprimă firele de sutură
- ▶ Realizează epicriza și recomandările la externare
- ▶ Medicul anestezist efectuează consultul preoperator, stabilește riscul anestezic, realizează anestezia pacientului, monitorizează etapa postanestezică, monitorizează și coordonează tratamentul pacientului în etapa sejurului în ATI până la transferul acestuia în secția chirurgicală.

9.2 Asistent medical

- ▶ Prelevează analizele și monitorizează deplasarea pacientului la explorările paraclinice, conform indicațiilor medicului curant
- ▶ Informează pacientul cu privire la drepturile, obligațiile pe care le are precum și asupra regulilor de urmat pe perioada spitalizării
- ▶ Măsoara periodic temperatura, pulsul și tensiunea arterială a pacientului, care vor fi consemnate în foaia de observație
- ▶ Asistă medicul la efectuarea pansamentelor.
- ▶ Asistenta din blocul operator asigură instrumentarul și materialele sanitare necesare intervenției conform indicațiilor medicului curant, asistă medicul pentru îmbrăcarea echipamentului steril.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HERNII

Cod: PR-CHI-01

Ed.: 2

Rev.: 0

Pag.: 13/13

- Asistenta ATI asistă medicul ATI la manevrele și tratamentul specific, monitorizează permanent parametrii afișați de monitoare și anunță orice modificare apărută, monitorizează tratamentele perfuzabile, aspectul și volumul drenajelor.

10. ÎNREGISTRĂRI

- FOCG
- Buletin de analize medicale
- Rezultat RMN/CT
- Planul de îngrijire

11. ANEXE

Nu este cazul

12. DIFUZARE

Protocolul se difuzează pe baza listei de difuzare, cod PS 01/F3.
Înregistrările generate de această activitate se păstrează/ arhivează.