

# ISCHEMIE MEZENTERICA

## PLANUL DE ÎNGRIJIRE AL ASISTENTEI MEDICALE

### CULEGEREA DE DATE

#### *A. Date stabile*

Nume: V. Prenume: L.

Data nașterii: 12.12.1943

Naționalitate: română, Religie: ortodoxă

Ocupație: pensionară

Grupa sanguină: A II

*B. Date variabile:* Domiciliul: Județul: Timiș, Localitatea : Coșteiu

#### *C. Date legate de starea fizică și psiho-socială:*

- Temperatura 36,8 °C
- Tensiunea arterială: 110/ 70 mm Hg    ■ Tahicardie -puls 100 bătăi /minut
- Respirația: 18 de respirații/ minut
- Starea generală: alterată
- Tegumentele și mucoasele: palide    ■ Tranzit intestinal: abolit

### ISTORIC

Pacienta V. L. , în vârstă de 75 de ani este o persoană de 1, 63 m înălțime , cu o greutate de 56 kg, cu o fire deschisă și sociabilă. Este nefumătoare și nu consumă băuturi alcoolice, condițiile de viață bune, alimentație echilibrată, nu prezintă alergii sau boli ereditare. Pacienta a suferit o operație de histerectomie totală în anul 1990, a suferit un atac ischemic tranzitoriu cerebral în urmă cu 3 ani, suferă de diabet zaharat tip 2 tratat ADO și HTA esențială grad 2 cu nivel înalt de risc cardio vascular. Ea afirmă că boala a debutat în urmă cu 24 de ore prin dureri abdominale colicative de intensitate mare, grețuri, vărsături alimentare și oprirea tranzitului digestiv pentru materiile fecale după o rectoragie inițială.

## MOTIVELE INTERNĂRII

În data de 02.12.2019, starea generală se alterează precoce, tranzitul intestinal este complet abolit inclusiv pentru gaze, apare șoc, dureri abdominale difuze de intensitate crescută, vărsături precoce și intense, balonări acute cu caracter continuu. Pacienta este dusă de urgență la SCJUPBT unde este consultată și este internată la chirurgie pentru investigații și tratament apoi transferată în secția de ATI.

## DIAGNOSTIC MEDICAL: Infarct enteromezenteric

## EXAMEN CLINIC ȘI PARACLINIC

La *examenul clinic* se constată abdomen destins, simetric care participă în mod redus la mișcările respiratorii. Pacienta prezintă sensibilitate abdominală difuză moderată la palpare și apărare musculară difuză moderată. Tranzitul digestiv este absent pentru materii fecale și gaze, ficatul și splina nu se palpează și prezintă timpanism generalizat al abdomenului. La tușeul rectal se constată ampulă rectală goală.

Starea generală este alterată, tegumentele și mucoasele sunt palide, reci și umede. Sistemul osteoarticular este integru morfofuncțional, sistem muscular normoton, normochinetic. Toracele este normal conformat cu mișcări respiratorii simetrice, de amplitudine normală, sonoritate pulmonară normală, murmur vezicular prezent bilateral. Arie precordială de aspect normal, soc apexian în spațiul 5 intracostal, sufluri supraadăugate, fibrilație atrială, AV = 130 bpm. Pacienta este orientată temporo-spatial.

În urma *examenului CT abdominal și pelvin* cu SDC 100 ml constatăm importanța distensiei a intestinului subțire asociind aer intraparietal, ocluzie a arterei mezenterice superioare începând de la aprox. 7 cm de la originea aortică, tromboza venoasă ilio-femurală stângă, ascită perihepatică, perisplenică în pelvis și în loja colorectului.

## Examen de laborator

### Hemoleucograma completa:

Nr. Leucocite	10.7	(4.0-9.5 $10^3 \mu\text{L}$ )
Granulocite	90.0	(45-70 %)
Limfocite	8.7	(20-40 %)
Monocite	1.3	(3.5-9.5 %)
Nr. Granulocite	9.7	(1.8-6.7 $10^3 \mu\text{L}$ )
Nr. Limfocite	0.9	(0.8-3.8 $10^3 \mu\text{L}$ )
Nr. Monocite	0.1	(0.1-0.9 $10^3 \mu\text{L}$ )
Nr. Eritrocite	4.10	(4-5.5 $10^6 \mu\text{L}$ )
Hemoglobina	10.6	(11.5-15.0 g/dl)
Hematocrit	32.6	(35-46 %)
VEM	79.5	(79-98 fL)
HEM	25.9	(27-32 pg)
CHEM	32.5	(32-36 g/dl)
Nr. Trombocite	188	(150-400 $10^3 \mu\text{L}$ )

### Biochimie:

ALAT	34	(0-35 U/L)
AST (TGO)	59	(14-36 U/L)
Bilirubina Totala	0.9	(0-1.0 mg/dl)
CK	36	(30-170 U/L)
CKMB	33	(0-16 U/L)
Creatinină	1.19	(0.57-1.11 mg/dl)
Glicemie	366	(75-110 mg/dl)
LDH seric	270	(120-246 U/L)
Lipaza	165	(23/300 U/L)
Uree serica	63	(15-36 mg/dl)

### Ionograma sanguină:

Sodiu seric	141	(155-145 mmol/l)
Potasiu seric	3.9	(3.5-5 mmol/l)

### Medicatie:

Glucophage XR 500 mg	0-1-0
Milgamma 100	1-1-1
Thiossen 600 mg	1-0-0
PentoxiRetard 400 mg	1-1-1
Preductal MR 35 mg	1-0-1
BetalocZok 100 mg	½-0-½
Leridip 10 mg	0-0-1
NoliprelArg	1-0-0
Sortis 10 mg	0-0-1

## **DIAGNOSTIC NURSING**

### **Diagnosticul de nursing preoperator**

- Disconfort manifestat prin dureri abdominale intense și continue datorita ischemiei.
- Alterarea functiei circulatorii manifestata prin soc, tahicardie, hipotensiune, adinamie;
- Alterarea respirației legată de durere și anxietate;
- Tulburarea eliminărilor manifestat prin balonări, vărsături precoce și intense, orpirea tranzitului intestinal.

### **Diagnostic de nursing postoperator**

- Disconfort manifestat prin durere datorita interventiei chirurgicale suferite;
- Alimentație insuficientă cantitativ și calitativ leagat de anorexie , grețuri și vărsături
- Alterarea eliminărilor intestinale legat de mobilitatea redusă
- Tulburări ale somnului manifestată prin insomnie datorita durerii si anxietatii
- Alterarea respirației legată de durere și anxietate
- Comunicare ineficace la nivel afectiv
- Dificultate de a se misca datorita durerii
- Deficit de volum lichidian din cauza varsaturilor si a ingestiei insuficiente de lichide

## STABILIREA PRIORITĂȚILOR

- Monitorizarea funcțiilor vitale
- Monitorizarea pansamentului și a tubului de dren
- Diminuarea durerii și a anxietății
- Pacienta să prezinte o stare de nutriție adecvată și funcții vitale în limite normale
- Pacienta să aibă o diureză și un tranzit intestinal normal
- Pacienta să prezinte confort fizic și psihic
- Pacienta să nu prezinte complicații, să cunoască aspectele bolii și a regimului.

## ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

NEVOIA	DIAGNOSTIC NURSING	MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ	SURSA DE DIFICULTATE
1. A bea și a mânca	Alimentație insuficientă cantitativ și calitativ	-slăbiciune; - inapetență, vărsături alimentare - hidratare insuficientă în calitate și cantitate	-anorexia; - stare depresivă, slăbiciune
2. A elimina	Alterarea eliminărilor intestinale și urinare	- absența scaunelor de mai multe zile -balonare. - flatulenta - crampe abdominale	-mobilitate redusă - intervenția chirurgicală
3. A păstra integritatea și igiena tegumentară	Risc de alterare a integrității tegumentare	-tegumente umede, eritem la nivel dorsal;	-igienă precară; -mobilitate redusă;
4. A-și menține temperatura corpului în limite normale	Această nevoie nu e alterată		
5. A dormi și a se odihni	Tulburări ale somnului manifestată prin insomnie	-oboseală, somn agitat, treziri frecvente	-anxietate; -inadaptarea la noul mediu, durere

<b>6. A se mișca și a avea o bună postură</b>	Diminuarea mobilității	- dificultate în a se mișca	-durere -slăbiciune
<b>7. A se îmbrăca și dezbrăca</b>	Dificultate în a se îmbrăca și dezbrăca	- Epuizare și poziție antalgică	-slăbiciune -durere.
<b>8. A respira și a avea o bună circulație</b>	Alterarea respirației legată de durere și anxietate	-respirație superficială.	-anxietate -durere
<b>9. A evita pericolele</b>	Disconfort	- iritabilitate, facies crispat	-durere în regiunea abdominala
<b>10. A se recrea</b>	Incapacitatea de a se recrea	-neparticiparea la activități recreative	-anxietate; -durere
<b>11. A învăța cum să-și păstreze sănătatea</b>	Deficit de cunoaștere legat de educația insuficientă	-cunoștințe insuficiente asupra bolii.	-educația insuficientă;
<b>12. A fi preocupat în vederea realizării</b>	Sentiment de neputință legat de incapacitatea de control a bolii	-amărăciune; -sentiment de inutilitate;	-incapacitatea de control a bolii;
<b>13. A acționa conform propriilor convingeri și valori, de a practica religia</b>	Această nevoie nu este alterată		
<b>14. A comunica</b>	Comunicare ineficace la nivel afectiv	-izolare socială; -lipsa comunicării;	-mediu necunoscut, slăbiciune, -oboseală, epuizare

## Plan de îngrijire

Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții autonome	Intervenții delegate	Evaluare
<b>Neliniștea pacientei în legătură cu intervenția chirurgicală</b>	Calmarea și informarea pacientei	<p>► se explică necesitatea intervenției și se asigură că totul va decurge foarte bine, încercând în felul acesta liniștirea pacientei</p> <p>► în cadrul examenului preanestezic se pune pacienta în legătură cu echipa operatorie pentru a inspira încredere</p>		-Pacienta înțelege informațiile primite și se liniștește
<b>Alterarea respirației</b>	Pacienta să respire fără dificultăți	<p>► evaluez caracteristicile durerii: localizare, durată, frecvență, factori care cresc sau diminuează durerea;</p> <p>► aerisesc salonul câte 15 min/zi;</p> <p>► așez pacienta într-o poziție confortabilă; fac cu pacienta exerciții de respirație;</p>	<p>► Oxigenoterapie 10 l/min</p> <p>► administrez la indicația medicului:</p> <p>- Algocalmin 2 f/zi i.v</p> <p>- NoSpa 2 f/zi i.v</p>	-Durerea pacientei nu mai este așa de intensă iar respirația pacientei s-a îmbunătățit

<b>Grețuri,vărsături</b>	Încetarea manifestărilor digestive	<p>► ajut pacienta în satisfacerea nevoilor fundamentale</p> <p>► mențin igiena tegumentelor bolnavei</p> <p>► explic pacientei că vărsăturile sunt datorate opririi tranzitului intestinal și vor înceta după intervenția chirurgicală</p>	<p>► Administrez la indicația medicului Metoclopramid 1 f.i.v</p> <p>► Se montează o sondă de aspirație nazogastrică</p>	După administrarea medicației și instalarea sondei nazogastrice vărsăturile sunt mai rare
<b>Dezechilibru hidro-electrolitic nerealizat</b>	Reechilibrare hidroelectrolitică	<p>► urmăresc bilanțul ingesta-excreta</p> <p>► urmăresc cantitatea, aspectul lichidului de stază gastrică eliminat pe sondă de aspirație și notez în foaia de observație</p>	<p>La indicația medicului</p> <p>► Administrez Glucoză 5%,1500 ml + 8 UI AR</p> <p>► Administrez perfuzie Ser fiziologic 1000 ml + 20 ml KCl 7,4 %</p>	Pacienta este echilibrată hidroelectrolitic
<b>Durere la nivelul plăgii postoperatorii</b>	Pacienta să prezinte semne de calmare a durerii	► Sugerez pacientei să aibă răbdare că durerea va scădea din intensitate după administrarea analgezicelor	<p>► Administrarea calmantelor la indicația medicului:</p> <p>- Algocalmin 2 f/zi i.v.</p> <p>- NoSpa 2 f/zi i.v.</p>	Durerea scade din intensitate după 30 min de la administrarea analgezicelor



		► ajut pacienta să-și găsească poziția de confort		
<b>Tulburarea alimentatiei</b>	-Pacienta să fie echilibrată din punct de vedere nutrițional;	<p>► Îi explic că trebuie să respecte indicațiile chirurgului care constau în evitarea alimentației orale pe timpul prezenței sondei de aspirație nazogastrică</p> <p>► o ajut să se hidrateze prin tamponarea buzelor cu ceai amar</p> <p>► supraveghez pacienta pentru a-i asigura condițiile în momentul vărsăturii.</p>	<p>► La indicația medicului îi atasez perfuzia cu ser glucozat pentru rehidratare.</p> <p>Înregistrez în foaia de observație felul și frecvența vărsăturilor</p>	După câteva ore, odată cu atenuarea senzației de greață și a vărsăturilor, pacienta începe să se simtă mai bine fiind dispusa să respecte indicațiile medicului.
<b>Tulburări ale somnului (insomnie )</b>	-Pacienta să aibă un somn odihnitor, fără treziri sau insomnie;	<p>► reglez patul și așez pacienta astfel încât acesta să aibă o poziție confortabilă pentru somn;</p> <p>► identific factorii care o împiedică să aibă un somn odihnitor prin discuții cu aceasta</p>	Administrez la indicația medicului: Diazepam 1f –seara i.v.	După administrarea calmantelor pacienta adoarme

<b>Dificultatea acordării îngrijirilor igienice</b>	Pacienta să prezinte tegumente în stare curată	<p>► ajut pacienta în satisfacerea nevoilor</p> <p>► am grijă ca tegumentele și mucoasele sale să fie păstrate în stare curate, ajut pacienta în efectuarea toaletei</p>		După efectuarea toaletei, bolnava se simte confortabil
<b>Prevenirea complicațiilor</b>	Pacienta să nu prezinte complicații postoperatorii trombotice și infectioase	<p>► Schimbarea poziției din 2 în 2 ore;</p> <p>► masaj, tapotaj</p> <p>► îndepărtarea cutelor de pe cearceaful pacientei</p>	<p>Toaleta plăgii cu soluții antiseptice.</p> <p>Antibiototerapie:</p> <p>Imipenem 2x1 fl/zi</p> <p>Anticoagulante</p>	<p>Plaga are o evoluție bună</p> <p>Pacienta nu prezintă complicații trombotice</p>
<b>Dificultate de a se mobiliza</b>	Pacienta să prezinte interes în efectuarea mișcărilor pasive și active	<p>► Ajut pacienta să efectueze mișcările ușoare ale membrelor, ridic bolnava în poziție șezândă a doua zi după intervenție</p> <p>► Ajut pacienta să se plimbe prin salon și să meargă la toaletă</p>	La indicația medicului: masaj, tapotaj	După mișcările efectuate pacienta se simte confortabil

## **Evaluare finală**

Pacienta V.L. este internată de urgență în secția A. T. I. cu diagnosticul de Infarct enteromezenteric în data de 02 Decembrie 2019.

Se intervine chirurgical eliminandu-se portiunea de intestin necrozata.

Postoperator mi-am propus următoarele obiective:

- monitorizarea funcțiilor vitale și a eliminărilor
- combaterea durerii
- schimbarea pansamentului și a pungii de dren
- restabilirea tranzitului intestinal
- menținerea sondei nazogastrice atât timp cât este necesar
- bolnava să fie echilibrată nutritiv
- combaterea insomniei
- mobilizarea cât mai precoce a pacientei
- menținerea igienei corporale

Aceste obiective mi le-am atins, bolnava se simte bine, are o stare generală bună, este nerăbdătoare să se întoarcă la familia ei și este fericită că s-a refăcut după operație.

În data de 10 Decembrie 2019 se externează vindecată chirurgical cu următoarele recomandări:

- să respecte regimul igienic dietetic
- să evite efortul fizic
- să revină la control peste 14 zile
- să se prezinte la medic în caz de complicație

## INFARCT ENTERO-MEZENTERIC

Infarctul entero-mezenteric este o afecțiune deosebit de gravă, ea alături de pancreatita acută fac parte din sindromul supraacut al abdomenului acut. Această afecțiune are drept cauză afectarea vasculară, cu răsunet local asupra peretelui intestinal și general generând șocul toxicoseptic. Din păcate simptomatologia este săracă, iar opțiunile terapeutice sunt limitate datorită întârzierii stabilirii diagnosticului. În acest context mortalitatea este foarte mare de peste 70%.

**ETIOPATOGENIE** Ischemia mezenterică poate prezenta unul din cele două sindroame clinice:

- ischemie mezenterică acută
- ischemie cronică.

Patru mecanisme fiziopatologice distincte pot duce la ischemie mezenterică acută:

1. Embolie
2. Tromboză
3. Vasospasm (ischemie mezenterică nonocluzivă)
4. De origine venoasă Embolia este cea mai frecventă cauză de ischemie acută mezenterică (peste 50% din cazuri).

Sursa emboliei este de obicei inima, peste 90% din pacienți au un istoric de afecțiune cardiacă. De obicei tromboza apare în condițiile preexistenței unor leziuni aterosclerotice. Este mai frecvent întâlnită la vârstnici. Frecvent în cazul trombozei evoluția este lentă, dar progresivă și se caracterizează prin prezența angorului abdominal. Leziunile aterosclerotice induc o ischemie intestinală cronică pe fondul căreia într-un moment prielnic se dezvoltă ischemia acută.

### TABLOU CLINIC

Este **polimorf** și este dependent de momentul examinării și de cauza declanșatoare. Embolia are un caracter dramatic și o evoluție rapidă, în timp ce tromboza care presupune existența anterioară a unor leziuni aterosclerotice are un semn premonitoriu – angorul abdominal. Cheia este reprezentată de posibilitatea dezvoltării circulației colaterale, care în embolie lipsește.

**Durerea abdominală** este simptomul central al bolii; debutul ei este brusc, dar intensitatea ei este disproporționată în raport cu ceea ce putem evidenția la examenul fizic. Sensibilitatea abdominală este difuză.

**Distensia abdominală și rigiditatea peretelui abdominal** sunt semne tardive ale bolii și indică de obicei infarctul intestinal și necroza.

Debutul brusc la un pacient cardiac sau aterosclerotic ne poate duce cu gândul la un infarct mezenteric.

**Alte manifestări** descrise sunt:

- Febra,
- Greața,

- Vărsăturile biliare, fecaloide, sanguinolente
- În fazele finale ale bolii scaune diareice cu sânge.

**Examenul obiectiv** poate evidenția:

- La inspecție distensie abdominală
- La palpare durere greu localizabilă, împăstarea abdomenului care este perceput ca un abdomen plin. În caz de perforație contractură musculară.
- Percuția decelează hipersonoritate datorită distensie intestinale. În cazul existenței revărsatului peritoneal se percepe matitate pe flancuri.
- Tușeul rectal evidențiază sensibilitatea fundului de sac Douglas sau sânge pe mânășă.

Situația **ischemiei cronice** este diferită, manifestările clinice sunt mult mai subtile ca urmare a dezvoltării circulației colaterale.

**Simptomele clasice** includ:

- dureri abdominale postprandiale,
- "frica de mâncare",
- pierderea în greutate.

Greață persistentă, și, ocazional, diaree, pot coexista.

Diagnosticul pozitiv rămâne o provocare.

Frecvent sunt prezente **și semne generale**:

- semne ale șocului hipovolemic și toxico-septic; puls rapid filiform, hipotensiune, paloare a tegumentelor, extremități reci
- semne ale insuficienței respiratorii; dispnee cu tahipnee.
- Semne ale insuficienței renale; oligurie și anurie.

## **EXPLORĂRI PARACLINICE**

### **A. Laborator.**

Modificările constantelor biologice nu sunt caracteristice pentru această afecțiune:

- Hemoconcentrație și leucocitoză
- Acidoză metabolică rezultat al metabolismului anaerob
- În fazele finale crește nivelul amilazelor, a potasiului seric, a azotului și a transaminazelor.

### **B. Explorări imagistice**

- Radiografia abdominală simplă exclude o eventuală perforație (absența pneumoperitoneului) sau ocluzia intestinală prin lipsa nivelelor hidroaerice.
- Ultrasonografia poate fi folosită pentru diagnostic. Ea este utilă în special postoperator pentru evaluarea permeabilității vasului.
- Angiografia cu 2 incidente (biplană) antero-posterioară și laterală este investigația de elecție („gold standard”) pentru tranșarea diagnosticului.

Marile probleme ale acestor investigații sunt:

- Sunt mari consumatoare de timp

- Dotarea specifică, care de foarte multe ori lipsește
- Starea generală a pacientului care poate fi șocat, cu un grad de insuficiență renală situație în care folosirea unei substanțe de contrast este contraindicată.

### **DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL**

Este condiționat de momentul examinării, de starea generală a pacientului. Această afecțiune va trebui diferențiată de alte afecțiuni care sunt cuprinse în sindroamele care alcătuiesc abdomenul acut chirurgical.

Trebuie diferențiat de:

- Pancreatita acută prin nivelul amilazelor și a lipazei serice
- Sindromul de torsiune de organ în care examenul radiologic evidențiază ansă „în U” cu nivel hidroaeric unic.
- Sindromul de iritație peritoneală datorat unei perforații de organ cavităar (pneumoperitoneu).
- Sindromul hemoragic (sarcina extrauterină ruptă la femei tinere cu valvulopatii) anemie, semne de șoc.

### **EVOLUȚIE**

Este de cele mai multe ori gravă. Mortalitatea este foarte mare 70% și se datorează șocului toxico-septic și hipovolemie sau peritonitei datorată perforației.

### **TRATAMENT**

Tratamentul conservator nu poate fi acceptat în lipsa unui diagnostic și a unei mortalități foarte mari.

**Tratamentul chirurgical** are 2 obiective:

- Repermeabilizarea vasculară
- Îndepărtarea țesuturilor viscerale cu leziuni ireversibile. Preoperator se va încerca corectarea dezechilibrelor apărute în timpul evoluției. Pentru aceasta este necesară:
  - Reechilibrarea hidrică pentru corectarea hipovolemiei și a acidozei metabolice și administrarea de anticoagulate pentru a limita extensia trombozei. Adjuvant pentru corectarea acidozei se poate folosi bicarbonatul de sodiu.
  - Monitorizarea stării hemodinamice impune inserarea unui cateter venos central, a unui cateter arterial periferic și a unui cateter Foley (diureză orară de 30-40 ml).
  - Antibioterapie. Pregătirea trebuie să fie scurtă și energică. În fața unui asemenea diagnostic ne aflăm într-o luptă cu timpul; leziunile ireversibile se instalează în timp.

**Intervenția chirurgicală** se realizează printr-o laparotomie mediană largă.

Urmează explorarea cavității abdominale, care permite evaluarea extensiei și a gradului leziunilor intestinale și precizarea sediului, naturii și extensiei obstrucției vasculare.