

INGRIJIREA PACIENTULUI CU H.D.S.

1.A) INVESTIGATIA CLINICA SI PARACLINICA A UNUI BOLNAV CU H.D.S.

a) Anamneza va preciza:

- daca exista vreo afectiune gastro-duodenala cunoscuta;
- existenta unui sindrom hemoragic;
- utilizarea recenta a unor medicamente ca: aspirina, corticoizii, anticoagulantele;
- modalitatea de debut si daca este prima H.D.S. sau a mai prezentat alte episoade.

b) Examenul general va cerceta:

- aspectul si culoarea tegumentelor;
- pulsul, care in cazul unei hemoragii mari este tahicardic, slab batut; se va studia pulsul in orto si clinostatism (o diferenta mare intre ele arata severitatea hemoragiei);
- T.A. scade daca hemoragia continua – tensiunea maxima sub 100 mm Hg arata o hemoragie importanta. Se va intreba bolnavul asupra T.A. anterioare hemoragiei; o scadere mare la hipertensivi arata gravitatea hemoragiei;
- tendinta la lipotimie in ortostatism sau/si clinostatism.

c) Examenul local abdominal va cerceta sistematic starea ficatului, splinei, stomacului, prezenta unei circulatii colaterale, a ascitei in hipertensiunea portala, se cauta eventualitatea unei tumori abdominale. Tuseul rectal este obligatoriu, el confirma sau infirma existenta melenei. Cercetarea lichidului de aspiratie: introducerea in principiu a unei sonde de aspiratie in stomac ne permite sa apreciem daca hemoragia continua, orientandu-ne asupra sediului hemoragiei si gravitatii ei.

d) Investigatii paraclinice:

- explorarea endoscopica si tranzitul baritat – pentru stabilirea sediului si cauzei hemoragiei.
- Bolnavului cu H.D.S. i se va recolta de urgenta si urmasi dinamic:
- Hematocritul si Hemoglobina – pentru aprecierea gravitatii hemoragiei;

-Proteinemia, electroforeza, probele hepatice – ne permit sa apreciem starea functionala hepatica;

-cercetarea coagulării: trombocitemia, testele de fragilitate vasculara, fibrinogenemia, T.S., T.C., timp de protrombina (Quick), timpul Howel, retractia cheagului, ne permit sa sesizam o hemoragie datorata unei diateze hemoragice;

-ureea sanguina – este crescuta in hemoragiile mari, datorita resorbției sangelui din intestin (azotemie extrarenala).

Gravitatea hemoragiei depinde de cantitatea de sange pierdut si de persistenta sau nu a sangerarii. Persistenta sangerarii se poate aprecia prin: controlul lichidului de aspiratie gastrica, aspectul scaunelor, urmarirea dinamica a pulsului si T.A., urmarirea dinamica a Ht si Hb.

Gravitate	Clinic , fv	Laborator	Cantitatea de sange pierduta
Mica	Fara manifestari clinice Pana la 25% pierdere; puls<100; T.A.s>90; Diureza, PVC normale;	Ht=35% Hb=60%	Pana la1250ml
Medie	Puls <120/min; T.A.s min 70 mmHg; Diureza , PVC scazute Pana la 35% pierdere teg reci, palide, transpiratii	Ht 35% Hb 40-60%	Pana la1750ml
Mare	Puls>120 ; TA s<60 mmHg; Pana la 50% pierdere; PVC, diureza scazute, soc	Ht sub 25% Hb 30-40%	Pana 2500ml
Extrema	Colaps circulator	Ht sub 20% Hb sub 30%	Peste 2500ml

2. DIAGNOSTIC DIFERENTIAL

Pentru diagnosticul de certitudine al hematemezei si al melenei se vor exclude hemoptizia, epistaxisul, hemoragia mucoasei bucale, hemoragii digestive inferioare (anorectoragii) manifestate prin scaune sanguinolente, modificari de culoare ale scaunului, datorita unor medicamente (pe baza de bismut, fier, carbune) sau alimente (afine).

3. TRATAMENT

Tratamentul H.D.S. are doua obiective: echilibrarea hemodinamica si tratamentul etiologic al hemoragiei.

Regula generala: in orice hemoragie digestiva, internarea in spital este obligatorie, intr-un serviciu chirurgical sau terapie intensiva.

Conduita de urgenta:

- a) repaus strict la pat in decubit dorsal, fara perna (in hemoragiile masive pozitia Trendelenburg, pentru mentinerea unei circulatii cerebrale corespunzatoare), dupa asezarea bolnavului in clinostatism (atentie la riscul de aspiratie traheobronsica in cazul alterarii statusului neurologic), o scurta anamneza si un examen clinic rapid, conduc spre un diagnostic prezumtiv, iar determinarea functiilor vitale (puls, TA, SpO2 , FR) orienteaza catre conduita de urmat; oxigenoterapie
- b) Interzicerea oricarui efort fizic, deoarece acesta poate accentua hemoragia sau poate agrava tabloul clinic.
- c) Abord venos debit mare la indicatia medicului (se considera montarea unui cateter central), se continua oxigenoterapia cu debit mare (se considera IOT unde este cazul).
- d) Se face inregistrare ECG si se decid investigatiile paraclinice suplimentare: imagistice (Rx, CT, ecografie, EDS) impreuna cu medicii specialisti (gastroenterolog, hematolog si chirurg) solicitati in consult.
- e) Recoltare de sange pentru hemograma, grup sanguin si Rh.
- f) Reechilibrarea hemodinamica se va face cu transfuzii de sange izogrup, sub controlul pulsului si T.A., eventual masurarii presiunii venoase centrale. Resuscitarea volemica se face cu solutii cristaloide: salina (NaCl 0,9%), Ringer/Ringer lactat, bicarbonat de sodium 8,4%, macromoleculare: dextran 40 sau 70, hidroxietilamidon 20%, sau solutii de gelatina.

Se considera si administrarea de glucoza 5%, 10% la pacientii cu afectiuni asociate, in special cardiace.

Se instituie cat mai precoce administrarea de sange sau/si produsi de sange izogrup, izoRh (sange integral, masa eritrocitara, plasma, factori de coagulare) in functie de severitatea si factorii asociati/declansatori ai HDS.

Medicamentele specifice tratamentului HDS sunt cele antisecretoarii: inhibitori de pompa de protoni (IPP)(pantoprazol, omeprazol) i.v. si blocantii de receptori H₂ i.v. (ranitidina, famotidina).

Ideal, tratamentul farmacologic se incepe inaintea EDS cu somatostatina in bolus i.v. 250µg, urmata de o p.e.v. de 250µg/ora, nu mai putin de 24 ore. Un analog sintetic al somatostatinei este octreotidul – 50µg bolus i.v., apoi p.e.v. cu 25-50 µg/ora, 1-5 zile.

g) Se va monta o sonda de aspiratie naso-gastrica pentru a aprecia gravitatea hemoragiei si eventual tratament local cu alcaline si hemostatice (trombina).

h) Montarea unei sonde urinare Foley, pentru controlul diurezei, care trebuie sa fie mentinuta la 40ml/ora.

i) Substantele vasoactive, dopamina, dobutamina, se indica dupa reechilibrarea volemica. Antihemoragicele (vitamina K, adrenostazin, venostat, etamsilat) sunt controversate.

j) Tratamentul etiologic al H.D.S. se va face diferentiat: EDS terapeutica permite hemostaza prin injectarea de substante: salina, adrenalina 1/10000, substante sclerozante, alcool, cianoacrilat, trombina, fibrina; se pot utiliza tehnici de hemostaza endoscopica prin coagulare: electrocoagulare (mono, bi sau multipolara), termocoagulare sau fotocoagulare (laser cu argon). De asemenea, se folosesc si tehnici mecanice de hemostaza endoscopica: cliparea/ligaturarea in special a varicelor esofagiene rupte.

-in hemoragiile prin ruptura a varicelor esofagiene se va monta o sonda Blackmore;

-in hemoragiile ulceroase se va urmari permanent clinic si paraclinic bolnavul; daca s-a stabilizat hemoragia, bolnavul va fi tratat in continuare medicamentos si explorat, interventia se va face cand bolnavul este complet reechilibrat; in cazul persistentei hemoragiei se va interveni de urgenta sub un tratament sustinut de reechilibrare hemodinamica, in vederea opririi hemoragiei.

Se va urmari evacuarea sangelui din intestin, prin clisme repetate pentru prevenirea azotemiei posthemoragice si a comei hepatice la bolnavii cirofici. In cazul in care hemoragia nu cedeaza sau se repeta dupa incercarea metodelor terapeutice descrise, se recurge la interventia chirurgicala. Tratamentul chirurgical al HDS este indicat in sangerarile masive si continue in care EDS si tratamentul medicamentos esueaza.

B) CAZUISTICA

CAZUL-1

Culegerea de date(prima etapa a procesului de nursing)

1.Date subiective

NUME: M.C.

Varsta: 45 ani

SEX: F

STARE CIVILA: casatorita

RELIGIE: ortodoxa

NATIONALITATE: romana

PREGATIRE PROFESIONALA: liceul

OCUPATIA: agent vanzari

DOMICILIUL: Focsani

CONDITII DE VIATA: bune, locuieste cu familia la bloc, apartament cu trei camere

OBISNUINTE DE VIATA: fumeaza (10-15 tigari/zi), o cafea zilnic

SEMNE PARTICULARE: - inaltime: 1,77 cm;

- greutate: 76 kg;

- grup sanguin: A II, RH negativ;

- nu se stie alergica la nici un medicament

FUNCTII VITALE: TA = 110/ 75 mm Hg

AV = 100b/min

R = 24 r/min

T0 = 38,7 C

FUNCTII VEGETATIVE: - apetit inapetenta

- scaun melenic

- diureza: scazuta

- varsaturi postprandiale

- astenie fizica,

- durere la nivelul etajului abdominal superior.

ANTECEDENTE PERSONALE: - bolile copilariei , antecedente personale patologice semnificative de ulcer duodenal

ANTECEDENTE HEREDO- COLATERALE: neaga boli importante.

2. Date obiective

DATA INTERNARII: 17.01.2019

OBSERVATII: sistem osteo- articular integru, tegumente curate, intacte, usor congestionate , stare generala usor alterata.

DIAGNOSTIC MEDICAL: HDS moderata cu suspiciune de ulcer duodenal hemoragic.

MOTIVELE INTERNARII: - greata;

- varsaturi - astenie, - scaun melenic - febra moderata (38,70C); - durerea.

ISTORICUL BOLII: Pacienta, cu antecedente personale patologice semnificative de ulcer duodenal, se interneaza in clinica noastra cu semne clinice de hemoragie digestiva (scaune melenice, astenie fizica) TA = 110/75, AV = 100/min, **diagnosticul la internare fiind de HDS moderata cu suspiciune de ulcer duodenal hemoragic.**

Examenul endoscopic efectuat releva un mic ulcer bulbar fara semne de sangerare recenta si stomac fara continut hematic. Cu toate acestea, la 72 de ore de la internare apar semne de soc hemoragic sever. Se decide interventia chirurgicala de urgenta, iar diagnosticul intraoperator este de **HDI severa prin ulcer de diverticul Meckel (Fig. 1, Fig. 2) cu fistula vasculara activa si soc hemoragic.** Se executa o enterectomie segmentara cu entero-enteroanastomoza, iar evolutia postoperatorie este favorabila.

DIAGNOSTICE DE NURSING PRECIZATE

- alterarea nutritiei prin deficit manifestata prin inapetenta

-disconfort abdominal manifestat prin durere la nivelul etajului abdominal superior.

-alterarea eliminarilor digestive manifestat prin melenă, varsaturi postprandiale

-postura inadecvata, dificultate in deplasare datorita durerii

- circulatie inadecvata manifestata prin hipotensiune, tahicardie

-vulnerabilitate fata de pericole datorita durerii si anxietatii

- alterarea starii de sanatate

- deficit de volum manifestat prin semne ale deshidatarii
- deficit de autoingrijire manifestat prin slabiciune, oboseala
- modificarea tegumentelor si mucoaselor manifestat prin tegumente palide, reci, transpiratii
- risc inalt de alterare a conceptului de sine
- risc de complicatii prin soc hemoragic
- risc de alterare a integritatii tegumentelor prin plaga operatorie
- lipsa autonomiei in ingrijirile personale de igiena, imbracare, dezbracare
- comunicare deficitara datorita anxietatii si durerii

În cazul unui diagnostic pozitiv de HDS activa sau probabilitate mare se impune:

- 2 linii de abord venos periferic - flexula cu diametru mare;
- solutii cristaloides administrate in ritm rapid, in functie de parametrii hemodinamici. NU se administreaza solutii macromoleculare inainte de obtinerea probei de compatibilitate si determinarea grupului de sange.
- recoltare: hemoleucograma, grup de sange Rh, probe hepatice (TGP, TGO bilirubina albumina, probe de coagulare pentru evaluarea gradului insuficientei hepatice), uree, creatinina,, glicemie. uree= 240 mg %, creatinina=6,1 mg %, CPK=981 MG%, LDH=715 MG %

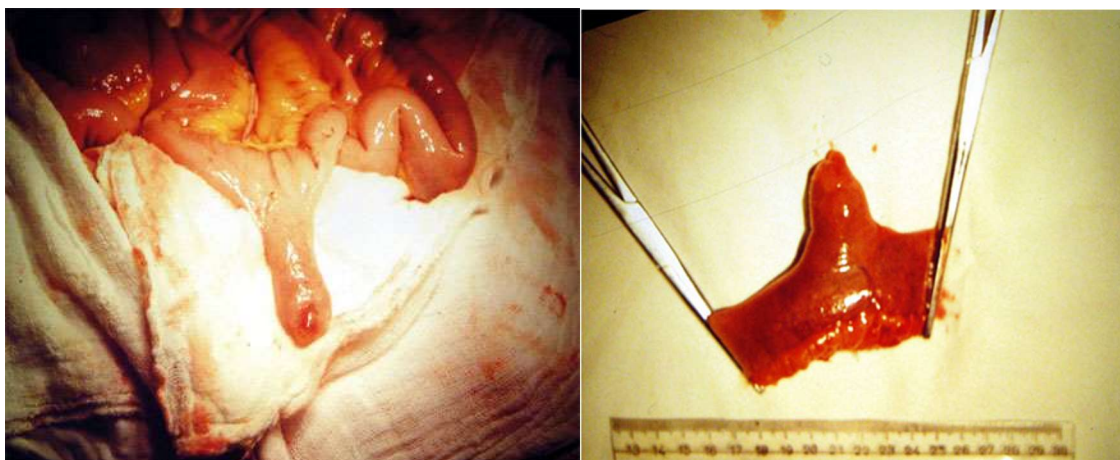


Figura 1. Diverticul Meckel cu HDI masiva - imagine intraoperatorie Figura 2. Piesa operatorie - diverticul Meckel

Atitudine terapeutica: plasare a unei *sonde de aspiratie gastrica* inca din timpul interventiei (mentinerea prelungita a sondei poate provoca leziuni esofagiene peptice, datorita ascensionarii sucului gastric acid in esofag prin cardia mentinuta deschisa); asociere de lavaj gastric cu solutii bicarbonatate, administrare de antisecretorii (blocante - H_2 sau inhibitori de pompa protonica);

PLANUL DE NURSING

PLAN DE NURSING					
ZIUA INTERNARII					
Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/ Delegate	
17.01.2019 h19 Preop.	Pacienta, cu antecedente personale patologice semnificative de ulcer duodenal, se interneaza in clinica de chirurgie cu semne clinice de hemoragie digestiva (scaune melenice, astenie fizica) TA = 110/75, AV = 100/min, dg la internare fiind de HDS moderata cu suspiciune de ulcer duodenal hemoragic.	-vulnerabilitate fata de pericole datorita durerii si anxietatii prezenta -risc de complicatii, soc. -disconfort datorita sondei nazo gastrice si perfuziei endo-venoase;	Calmarea durerilor pentru ca pacienta sa poata comunica si sa fie echilibrata psihic; Bolnava sa nu mai prezinte varsaturi; -Bolnava sa-si satisfaca nevoile fiziologice la pat; Echilibrarea hidroelectrolitica a pacientei.	-bolnava este adusa cu salvarea la triaj chirurgie; -la indicatia medicului administrez: PEV: glucoza 5% 1000 ml; SF 1000ml, Algocalmin f 1, Metoclopramid f 1, Vit K 2 f Etamsilat 2f . -imobilizez bolnava la pat (repaus total fizic si dig); -la indicatia medicului montez bolnavei o sonda nazogastrica pt.colectarea continutului gastric; -explic necesitatea repausului digestiv si importanta pastrarii sondei nazo-gastrice; -explic tratamentul iv; -masor si notez in FO functiile vitale; - insotesc pacienta la examenul endoscopic	-diminuarea anxietatii; - diminuarea durerilor, - temperatura salonului 20°C; pozitie confortabila in pat; - pacienta respecta repausul digestiv si este echilibrata hidroelectrolitic; -durerile s-au diminuat; -TA= 120/60 mmHg; -P= 100 b/min

PLAN DE NURSING ZIUA INTERVENTIEI CHIRURGICALE					
Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/ Delegate	
19.01 Preoperat /postoper at.	Pacienta prezinta o stare de agitare datorata faptului ca se va interveni chirurgical. Repaus digestiv datorita sondei nazogastrice si perfuziei endo-venoase; se decide interventia chirurgicala	Vulnerabilitate fata de pericole datorita durerii si anxietatii risc de complicatii, soc. Risc potential de alterare a integritatii pielii. Ineficienta respiratorie cauzata de secretiile buco-faringiene. Disconfort major datorita mictiunii fiziologice deficitare, aspiratiei nazo-gastrica si imobilizarii la pat;	Pregatirea fizica si psihica pt.interventia chirurgicala. -Asigurarea unui climat favorabil postoperator; -Evitarea aparitiei complicatiilor; Pacienta sa respire eficient si spontan dupa terminarea interventiei chirurgicale; -Bolnava sa fie echilibrata hidroelectrolitic; -Combaterea greturilor; Calmarea durerilor;	-explic necesitatea interventiei chirurgicale; -familiarizez bolnava cu manevrele ce vor fi efectuate; -recuperez rezultatul analizelor; -pregatesc teg in zona in care se va face interventia chir; -masor functiile vitale; supraveghez pozitia in pat, pozitie de decubit dorsal cu capul intr-o parte; -aspir secretiile buco-faringiene; - administrez oxigen endo-nazal 4-6 l/h; -masor si notez in FO valorile functiilor vitale; - administram medicatia prescrisa de adm: -PEV SG5%- 1500 ml; -PEV SF-1000ml; -Metrocloramid f i.v.; -Algocalmin f i.v.;Lansoprazol 30mg/zi iv -Mialgin 30 mg divizat i.v.;	-rezultatul analizelor: -Ht = 38.4%; -Hb=8.6%; L= 12000 mmc; Glicemie = 186 Amilaze = 317 uw; TA = 120/60 mmHg; P = 88 b/min; R = 18 r/min; -pacienta este pregatita fizic si psihic pentru interventie chirurgicala, respira eficient -diminuarea durerilor in urma calmantelor; -pacienta prezinta un somn eficient;

PLAN DE NURSING ZIUA I POSTOPERATOR					
Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/ Delegate	
20.01	Pacienta se afla in salonul de post-operator fiind atent supravegheata dupa interventia chirurgicala. Post-operator pacienta are o evolutie favorabila chiar daca mai persista starea de stres. Se incearca sa se evite aparitia socului hemoragic post op.	Comunicare deficitara datorita anxietatii si agitatie; Vulnerabilitate fata de pericole datorita durerii si anxietatii prezenta risc decomplicatii, soc. Risc de soc hemoragic prin pierdere de sange datorita interventiei chirurgicale. Posibilitata aparitiei complicatii pulmonare in urma interv. chir	Ameliorarea disconfortului prin reducerea crizelor de durere si a anxietatii Combaterea socului hemoragic. Prevenirea complicatiilor pulmonare; Hidratarea si mineralizarea organismului; -Restabilirea functiilor respiratorii; -Calmarea durerilor; Bolnava sa isi satisfaca nevoile fiziologice la pat;	- asigur pacientei repaus fizic si psihic la pat; -explic necesitatea tuburilor de dren si refacerea pansamentului zilnic; -masor si notez functiile vitale; efectuez toaleta plagii op. si a tuburilor de dren; - comunicam medicului valorile perturbate pentru functii vitale, dezechilibru hidroelectrolitic; -la indicatia medicului recoltez: Ht, Hb, L, bilirubina, uree; - administram medicatia prescrisa Explic importanta repausului dig. pana la reluarea tranzitului; -la indicatia medicului administrez pe 24 h: PEV's G10%-2000ml; -PEV SF-1500ml; Zantac f i.v.; -Gentamicina f i.v.; Rocephine g l i.v.; Metoclopramid f i.v.; Algocalmin f i.v.; Fenobarbital f i.m.; -supraveghez PEV; respect orele de tratament conform FO; -urmaresc sonda naso-gastrica; -masor functiile vitale si le notez in FO; creez un climat de incredere incurajand pacienta si favorizand odihna,explic bolnavei evol. Fav.	- durerea s-a ameliorat; - pacienta afiseaza incredere fata de personal; -pansamentul plagii operatorii nu este imbibat; -TA= 120/60 mmhg; -P=88 b/min; R= 18 r/min; -pacienta si-a reluat functia de termoreglare: T= 36°C -bolnava nu prezinta incarcare pulmonara, -nu prezinta semne de atrofie musculara -bolnava intelege nec repausului digestiv postoperator; -bolnava mictioneaza spontan la pat;D= 1400 ml/24h; -bolnava este curata si ingrijita; -bolnava prezinta un somn eficient;
PLAN DE NURSING					

ZIUA III POSTOPERATOR					
Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome Delegata	
	-Pacienta are o evolutie favorabila dar mai prezinta inca riscuri postoperatorii. Vulnerabilitate fata de pericole datorita anxietatii, durerii si risc de complicatii postoperatorii; Pacienta este incapabila de a se misca datorita tuburilor de dren, aspiratie nazo-gastrica si durerilor	Mobilizare deficitara cauzata de prezenta tuburilor de dren si a durerii. Repaus digestiv cauzat de conduita postoperatorie;	-Schimbarea pansamentului zilnic; -Calmarea durerilor; -Scoaterea firelor la sapte zile de la operatie; -Bolnava sa fie echilibrata hidroelectrolitic prin regim cu lichide, -Bolnava sa inceapa realimentarea (supa, ceai, compot) si reluarea tranzitului pentru gaze, -bolnava sa-si efectueze singura igiena; bolnava sa se miste singura in urm. doua zile; -bolnava sa fie echilibrata psihic si sa comunice cu echipa de ingrijire,	-efectuez toaleta plagii operatorii zilnic; -masor functiile vitale si le notez in FO; - tuburile de dren se mentin 4-5 zile de la operatie; -scot firele plagii operatorii in a 10-a zi de la operatie la indicatia medicului; -scot tuburile de dren in a 5-a zi de la operatie ; - administram medicatia prescrisa de medic -alimentatie hidrica in a 4-a si a 5-a zi postoperatorie (compot, supa strecurata,ceai); - administram medicatia prescrisa de medic respectand dozele prescrise, modul si orarul de administrare: -PEV SF - 1000 ml pentru 2 zile; -PEV SG 10% - 1000 ml pentru 2 zile; -Algocalmin f i.v. pentru 4 zile; -Zantac f pentru 4 zile; -Gentamicina f i.v. pentru 4 zile; -Rocephine g l pentru 4 zile i.v.; -explic bolnavului importanta regimului alimentar; -ajut bolnava sa se ridice din pat si sa faca plimbări scurte in salon in primele doua zile;explic bolnavului importanta renuntarii la vicii (fumat, cafea, alcool);	-plaga operatorie este curata fara supuratie; -tuburile de dren au fost scoase in a 5-a zi de la operatie, -firele plagii operatorii au fost scoase in a 10-a zi de la operatie, - functiile vitale sunt normale: -TA= 120/60 mmHg; -P= 80 b/min; -R=18 r/min; -bolnava respecta regimul alimentar, bolnava elimina spontan si singur; -D= 1500 ml/zi; -S= 1 n/zi; -bolnava este curata si ingrijita; -bolnava se mobilizeaza singura; bolnava comunica eficient cu echipa de ingrijiri,

Recomandari la externare

Bolnava internata pe data de 17.01.2019 in sectia de chirurgie , avind diagnosticul de HDS moderata cu suspiciune de ulcer duodenal hemoragic, pentru tratament si investigatii, este supusa interventiei chirurgicale in data de 19.01, avind o evolutie favorabila
Bolnava se externeaza cu stare generala buna, cu indicatia de a respecta regimul alimentar si de a reveni la control peste 30 de zile.

CAZUL 2

Culegerea datelor

1.Date subiective

NUME: S.A

Varsta: 63 ani

SEX: M

STARE CIVILA: casatorit

RELIGIE: ortodoxa

NATIONALITATE: romana

PREGATIRE PROFESIONALA: studii superioare

OCUPATIA: pensionar

DOMICILIUL: Bucuresti

CONDITII DE VIATA: bune

OBISNUINTE DE VIATA: fumeaza (un pachet /zi), o cafea zilnic, alcool relativ frecvent

SEMNE PARTICULARE: - inaltime: 1,70cm;

- greutate: 68 kg;

- grup sanguin: O I, RH pozitiv;

- nu se stie alergica la nici un medicament

FUNCTII VITALE: TA = 80/ 50 mm Hg

AV = 130b/min

R = 24 r/min

FUNCTII VEGETATIVE: - apetit: inapetenta

- scaun melenic

- diureza: scazuta

- astenie fizica,

- durere la nivelul etajului abdominal superior.

ANTECEDENTE PERSONALE: - bolile copilariei, pacient cu antecedente personale patologice semnificative (resectie gastrica pentru ulcer hemoragic, eventratie giganta postoperatorie, ciroza hepatica decompensata parenchimos si vascular)

ANTECEDENTE HEREDO- COLATERALE: neaga boli importante.

2. Date obiective

DATA INTERNARII: 21.02.2019

OBSERVATII: sistem osteo- articular integru, tegumente curate, intacte, usor congestionate , stare generala alterata.

DIAGNOSTIC MEDICAL; Diagnosticul la internare a fost de **HDS cu melena masiva si suspiciune de varice esofagiene rupte.**

MOTIVELE INTERNARII: - anemie acuta severa

- astenie,

- scaune melenice multiple

- durerea.

Examenul endoscopic releva: un esofag cu varice gr.I-II fara semne de sangerare; stomacul cu continut hematic proaspat dar si digerat, cu resectie ½ si anastomoza G-J; se patrunde in ansa jejunală eferenta si la cca 8 - 10 cm se descopera un ulcer hemoragic activ de 1-2 cm; se injecteaza adrenalina 1/10000 4ml, cu oprirea hemoragiei.

Diagnosticul la internare a fost de HDS cu melena masiva si suspiciune de varice esofagiene rupte.

Hg= 7g% la 24 de ore; Ag HBs prezent: ECG: tulburari de repolarizare primare difuze: ecografia abdominala semnificativa pentru ciroza hepatica.Se mentine risc de resangerare.

Se efectueaza interventia chirurgicala iar **diagnosticul intraoperator** este de **ulcer jejunal proximal hemoragic cu ciroza hepatica decompensata parenchimos si vascular.** Operatia a constatat in visceroliza, gastro-jejunotomie exploratorie si excizia ulcerului.

DIAGNOSTICE DE NURSING PRECIZATE

- alterarea nutritiei prin deficit manifestata prin anorexie

-disconfort abdominal manifestat prin durere la nivelul etajului abdominal superior.

-alterarea eliminarilor digestive manifestat prin melena, scaune multiple

-postura inadecvata datorita durerii

-vulnerabilitate fata de pericole datorita durerii si anxietatii

- alterarea starii de sanatate

-deficit de autoingrijire manifestat prin slabiciune, oboseala

- deficit de volum manifestat prin alterarea perfuziei tisulare
- modificarea tegumentelor si mucoaselor manifestat prin tegumente palide, reci, transpiratii
- risc inalt de alterare a conceptului de sine
- risc de complicatii prin soc hemoragic
- risc de alterare a integritatii tegumentelor

PLANUL DE NURSING

PLAN DE NURSING ZIUA INTERNARII					
Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/Delegate	
21.02.2019	-pacientul se interneaza de urgenta cu diagnosticul de HDS cu melena masiva, agitat, cu paloare externa; - suspiciune de varice esofagiene rupte ; -prezinta tegumente palide si reci, anemie acuta severa,	- HDS cu scaune melenice succesive; -alterarea starii de sanatate; -anxietatea cu privire la iminenta unei interventii chirurgicale; -risc de soc hemoragic;	Pacientul sa fie imobilizat imediat la pat(Hg=7g%); Bolnavul sa fie echilibrat hidroelectrolitic; -Reducerea anxietatii; -Diminuarea scaunelor melenice; Calmarea durerilor pentru ca bolnavul sa poata comunica si sa fie echilibrat psihic; Calmarea durerilor si	-Pacientul este trimis din camera de garda in sectia ATI chirurgie, explic bolnavului necesitatea internarii si eficacitatea tratamentului; -pregatesc pac fizic si psihic; - accesul la 1 sau 2 linii de abord venos; - prelevarea de sange pentru explorare hematologica si biochimica (hemoleucograma,uree, electroliti, teste functionale hepatice,grup sanguin, Rh, timp de protrombina); -repaus strict la pat in pozitie culcata cu punga de gheata pe abdomen. -efortul fizic va fi interzis (poate accentua hemoragia sau agrava tabloul clinic); -la indicatia medicului montez o sonda nazo-gastrica; -explic necesitatea repausului digestiv si importanta sondei nazo-gastrice;	-diminuarea anxietatii; - pac. respecta repausul digestiv si este echilibrat hidroelectrolitic; -colaboreaza cu personalul medical si accepta interventia chirurgicala ; - prezinta semne de anemie acuta severa si de hipertensiune portala, cu o valoare a TA = 80/50mmHg si AV=130/min dupa scaune melenice repetate.

			restabilirea functiilor vitale; -Asigurarea repausului fizic, psihic si intelectual;	-explic bolnavului tratamentul intravenos si eficacitatea lui; - administram medicatia prescrisa de medic -PEV SG 5 %- 1500 ml, PEV SF-1000ml;- Hemacel 500ml;-Vt K 2f; -Etamsilat 2f; Algocalmin 2f; Losec 3fl/24h. -masor si notez in FO functiile vitale;	
--	--	--	---	--	--

PLAN DE NURSING
ZIUA INTERVENTIEI CHIRURGICALE

Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/Delegate	
22.02 2019 Preo p.	- pac prezinta soc hemoragic Hg=7g% ; TA=80/50, tegumente palide si reci ; Repaus digestiv datorita sondei nazo gastrice si perfuziei endo-venoase; - se decide interventia chirurgicala ; -pac se afla in imposibilitatea de a evita pericolele;	-alterarea starii de sanatate; -anxietate preoperatorie ; -disconfortul datorat multiplelor scaune melenice; -comunicare deficitara datorita anxietatii, agitatiei si durerii; -vulnerabilitate fata de pericole ;	Calmarea durerilor si restabilirea functiilor vitale; -bolnavul sa fie echilibrat hidroelectrolitic; Bolnavul sa respire normal si eficient; Pregatirea fizica si psihica a pacientului pt interventia chirurgicala. Bolnavul sa fie echilibrat psihic si sa comunice cu echipa de ingrijire;	explic necesitatea interventiei chirurgicale si eficacitatea ei; -facilitez vizita familiei; captez increderea in echipa de ingrijire (medic si asistent); -explic familiei faptul ca se va interveni chirurgical; -asigur un microclimat favorabil in salon(aerisesc salonul, schimb lenjeria, incalzesc salonul); -transport cu targa de la sala de operatie la salon; supraveghez functiile vitale pe timpul transportului;pozitionez in pat in dec. dorsal cu capul intr-o parte; -masor functiile vitale si le notez in F.O., -aplic o compresa umeda pe buzele uscate ale bolnavului si efectuez aspiratie nazo-gastrica, -la indicatia med adm per 24 h: -PEV SG 10%- 1500 ml;	- Pac.accepta interventia chirurgicala si are incredere in echipa medicala; -postoperator prezinta urmatoarele valori ale functiilor vitale: -TA= 120/60 mmHg -P= 88 b/min; -R= 14 r/min; -bolnavul prezinta facies normal colorat si pansam.plagii este curat; -durerile au fost diminuate; -se odihneste eficient.

				-PEV SF-1000 ml;-Losec 3fl/24h; -Algocalmin3f/24,Metroclopramid 1 f; -Mialgin 30 mg x 3/zi i.v.; Axetin 750 mg x 3/zi;Conc. eritocitar 350 ml/ 0 l/ +(s-a adm. intraoperator) si plasma proaspata. - asigur repaus la pat postoperator;	-nu prez. semne de alterare a integritatii teg si mucoase
--	--	--	--	---	---

**PLAN DE NURSING
ZIUA I POSTOPERATOR**

Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/Delegate	
23.02 2019	-Pacientul se afla in salonul de post-operator fiind atent supravegheat dupa interventia chirurgicala; -Pacientul se afla in imposibilitatea de a evita pericolele	Risc potential de alterare a integritatii pielii prin tegumente umede si reci; Vulnerabilitate fata de pericole datorita durerii si anxietatii prezenta, -risc de complicatii, soc ; -Ineficienta respiratorie cauzata de secretiile buco-faringiene. -deficit de alimentatie.	-Asigurarea unui climat favorabil postoperator; -Evitarea aparitiei complicatiilor; Pacientul sa respire eficient si spontan. -Bolnavul sa fie echilibrat hidroelectrolitic; -Combaterea greturilor si a durerii; -Bolnavul sa prez somn cantitativ si calitativ; Prev. complicatiilor pulmonare; -Deficit in mersul la toaleta	Prevenirea complicatiilor pulmonare; - administram medicatia prescrisa de medic respectand dozele prescrise, modul si orarul de administrare: -PEV SG5%- 1500 ml; -PEV SF-1000ml;-Losec 3fl/24h; -Algocalmin3f/24h -Metroclopramid 1 f; -Mialgin 30 mg x 3/zi i.v.;-Axetin 750 mg x 3/zi; - educam pacientul pentru respectarea pozitiei de repaus si odihna, -ajut bolnavul sa se aseze in decubitul lateral drept; -efectuez toaleta plagii operatorii si a tuburilor de dren; - comunicam medicului eventualele valori perturbate pentru functii vitale, dezechilibru hidroelectrolitic; -la indicatia medicului recoltez: Ht, Hb, L, bilirubina, uree,	-bolnavul nu prezinta semne de alterare a integritatii tegumentelor si mucoaselor; -plaga este curata ca si pansamentul; -durerile au fost diminuate; -bolnavul se odihneste eficient. -bolnavul respecta repausul digestiv; -bolnavul respira eficient pe nas; -TA=130/60mmHg; -P=88 b/min; -R=17 r/min; -durerile au scazut

				explic bolnavului evolutia favorabila operatiei;	-bolnavul comunica eficient cu echipade ingrijire;
PLAN DE NURSING ZIUA III POSTOPERATOR					
Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/Delegate	
25.02 2019	-Pacientul are o evolutie favorabila dar mai prezinta inca riscuri postoperatorii. Vulnerabilitate fata de pericole datorita anxietatii,durerii si risc de complicatii postoperatorii; Pacientul este incapabil de a se misca datorita tuburilor de dren, aspiratie nazo-gastrica si durerilor de efort;	Incapacitate de a se misca datorita tuburilor de dren si durerilor de efort; Comunicare deficitara datorita agitatiei si anxietatii.	Bolnavul sa comunice eficient cu echipa de ingrijire; Bolnavul sa fie echilibrat hidroelectrolitic; Bolnavul sa se poata mobiliza in pat; Pacientul sa prezinte Tegumente si mucoase curate; Daca aspiratia este minima pe SNG aceasta sa fie scoasa si sa se inceapa reluarea alimentatiei pas cu pas, Reducerea anxietatii;	-efectuez toaleta plagii operatorii zilnic; -masor functiile vitale si le notez in FO; - tuburile de dren se mentin 4-5 zile de la operatie; -scot firele plagii operatorii in a 10-a zi de la operatie; -scot tuburile de dren in a 5-a zi de la operatie - administram medicatia prescrisa de medic respectand dozele prescrise, modul si orarul de administrare: -alimentatie hidrica in a 4-a si a 5-a zi postoperatorie (compot, supa strecurata, ceai); -reluarea alimentatiei complete din a 6-a zi postoperatorie pana la externare (branza de vaci, ou moale, carne de pui fiarta sau la gratar, supa de zarzavat); -aerisesc salonul; -explic bolnavului evolutia favorabila a operatiei;	-bolnavul este echilibrat psihic si are incredere in echipa de ingriji -plaga operatorie este curata, fara supuratie; -tuburile de dren au fost scoase in a 5-a zide la operatie, firele plagii operatorii au fost scoase in a 10-a zi de la operatie, - functiile vitale sunt normale: -TA= 120/60 mmHg; -P= 80 b/min; -R=18 r/min; - bolnavul respecta regimul alimentar,

PLAN DE NURSING
ZIUA VI POSTOPERATOR

Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/Delegat	
28.02.2019	Pacientul a depasit zilele critice dupa interventia chirurgicala urmind sa reia aportul alimentar, sa inceapa miscarea prin salon, ajungindu-se la reluarea tranzitului si finalizind cu externarea .	Disconfort dig. cauzat de reg. alimentar cu lichide apoi de realimentare si reluarea tranzitului pentru gaze; Alterarea confortului datorita anxietatii si diaforezei (transpiratie abundenta)	-Bolnavul sa fie echilibrat hidroelectrolitic prin regim cu lichide, -Bolnavul sa inceapa realimentarea (supa, ceai, compot)si reluarea tranzitului pentru gaze, Bolnavul sa elimine singur si spontan; -bolnavul sa fie curat; -bolnavul sa-si efectueze singur igiena;bolnavul sa se miste singur in urmatoarele zile;	-ajut bolnavul sa se ridice din pat si sa faca plimbari scurte in salon in primele doua zile; -scot tuburile de dren in a 5-a zi de la operatie ; -ajut bolnavul sa se plimbe si in afara salonului in urmatoarele 4 zile; -explic bolnavului importanta renuntarii la vicii (fumat, cafea, alcool); -explic bolnavului necesitatea igienei zilnice si cum se efectueaza; -explic bolnavului respectarea regimului alimentar; -discut zilnic cu bolnavul; -favorizez discutiile cu alti pacienti; anunt familia pentru externare si efectuez manevrele necesare pentru externare;	-bolnavul elimina spontan si singur; -D= 1500 ml/zi; -S= 1 n/zi; -bolnavul este curat si ingrijit; -bolnavul se mobilizeaza singur; -bolnavul este cooperant, a inteles si a acumulat cunostinte noi; -bolnavul comunica eficient cu echipa de ingrijiri,

RECOMANDARI LA EXTERNARE- EVALUARE FINALA

Pacientul S.A de 63 de ani cu antecedente personale patologice semnificative (resectie gastrica pentru ulcer hemoragic, ciroza hepatica decompensata parenchimos si vascular) se prezinta la camera de garda cu semne de anemie acuta severa si de hipertensiune portală, si cu o valoare a TA =100/60mmHg si AV=130/min dupa scaune melenice repetate.

Este internat de urgenta cu diagnosticul de HDS cu melena masiva si suspiciune de varice esofagiene rupte.

Hg= 7g% la 24 de ore; Ag HBs prezent: ECG: tulburari de repolarizare primare difuze: ecografia abdominala semnificativa pentru ciroza hepatica. Examenul endoscopic a evidentiat un esofag cu varice gr.I-II fara semne de sangerare; stomacul cu continut hematic proaspat dar si digerat, cu resectie ½ si anastomoza G-J; se patrunde in ansa jejunală eferenta si la cca 8 - 10 cm se descopera un ulcer

hemoragic activ de 1-2 cm; se injecteaza adrenalina 1/10000 4ml, cu oprirea hemoragiei.

Se mentine risc de resangerare. Se efectueaza interventia chirurgicala iar diagnosticul intraoperator este de ulcer jejunal proximal hemoragic cu ciroza hepatica decompensata parenchimos si vascular. Operatia a constatat in visceroliza, gastro-jejunotomie exploratorie si excizia ulcerului.

Pacientul se externeaza cu urmatoarele recomandari:

1. regim alimentar si evitarea eforturilor fizice mari
2. control peste 3 saptamani.

Cazul 3

Identificarea bolnavului ingrijit

Nume: R., Prenume: O.

Varsta: 61 ani

Sex: feminin.

Stare civila: casatorita, 3 copii.

Ocupatie: pensionara.

Nivel de cultura: 12 clase.

Stare materiala: buna

Nationalitate: romana.

Religie: ortodox.

Obisnuinta de viata: -alcool (vin, bere) cca 300. ml/sapt.

-consuma cafea - 2 cesti/zi= 100ml;

-fumeaza 1 pachet tigari/zi (cu filtru);

Semne particulare: nu prezinta.

Antecedente: operatie de hernie de disc., pacienta cunoscuta cu citomegalovirus.

Diagnosticul internarii: . Ulcere gastrice multiple cu citomegalovirus complicate cu hemoragie digestiva superioara cu soc hemoragic secundar ; Esofagita candidozica.

Motivele internarii: dureri in etajul superior abdominal, greturi, astenie fizica progresiva, transpiratii, inapetenta, scadere ponderala semnificativa, varsaturi, abdomen meteorizat.

Istoricul bolii: pacienta se interneaza pentru dureri abdominale intense in etajul superior abdominal, cu stare generala alterata, febra 38,50 C, scaune melenice, paloare accentuata Se interneaza de urgenta.

Examen local: abdomen marit de volum, tegumente palide si reci, tuseul rectal pune in evidenta scaunul melenic .

Examenul sangelui periferic arata(Hb =7,0 g/dl, Hct =18%), leucocitoza (43.500/mm³) cu limfocitoza(65%), trombocitopenie (55.000/mm³)

Endoscopia digestiva superioara a decelat multiple depozite aderente albicioase, confluyente la nivelul esofagului inferior, stomacul prezentand numeroase ulcere profunde cu diametre de 5- 20 mm la nivelul unghiului gastric, portiunii orizontale si verticale a micii curburii, eroziuni si congestie marcata a mucoasei din vecinatate.

Examenul histopatologic al fragmentelor bioptice a pus in evidenta infectie cu CMV cu frecvente celule glandulare si stromale cu aspect de citomegalie si incluzii nucleare caracteristice, infiltrare gastrica limfomatoasa , precum si esofagita candidoza .

Starea pacientei nu a permis explorarea completa a tractului digestiv, iar evolutia a fost rapid progresiva spre exitus prin extinderea limfomului fara a se putea initia un tratament antiviral specific.

Diagnostic de nursing :

- alterarea profunda a starii de sanatate manifestat prin tahipnee, respiratie superficiala
- circulatie inadecvata manifestata prin hipotensiune, tahicardie
- eliminare inadecvata manifestata prin oligurie, varsaturi alimentare
- deficit de volum manifestat prin alterarea perfuziei tisulare, soc hemoragic
- alterarea nutritiei prin deficit manifestata prin anorexie, greturi si astenie fizica progresiva
- disconfort abdominal manifestat prin durere la nivelul etajului abdominal superior datorita ulcerelor gastrice multiple cu citomegalovirus
- alterarea eliminarilor digestive manifestat prin varsaturi
- postura inadecvata, dificultate in deplasare datorita durerii
- hipertermie manifestata prin febra si frisoane
- comunicare deficitara datorita anxietatii si a starii de confuzie
- vulnerabilitate fata de pericole datorita durerii si anxietatii
- deficit de autoingrijire manifestat prin slabiciune, oboseala
- modificarea tegumentelor si mucoaselor manifestat prin tegumente palide, reci, transpiratii
- risc inalt de alterare a conceptului de sine

- risc de complicatii prin soc hemoragic
- risc de alterare a integritatii tegumentelor

PLAN DE NURSING ZIUA INTERNARII					
Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/Delegate	
15.02 2019	Pacienta se interneaza de urgenta cu diagnosticul de: Ulcere gastrice multiple cu citomegalovirus complicate cu hemoragie digestiva superioara cu soc hemoragic secundar - Esofagita candidozica.Pacienta se afla in soc hemoragic Hg=7g/dl	<ul style="list-style-type: none"> - HDS cu scaune melenice successive; -alterarea starii de sanatate; -comunicare deficitara datorita anxietatii, agitatiei si durerii, Ineficienta respiratorie cauzata de bradipnee (R=12r/min), -incapacitate de a se deplasa; -anxietatea. 	<ul style="list-style-type: none"> Calmarea durerilor pentru ca bolnava sa poata comunica si sa fie echilibrata psihic; -restabilirea functiilor vitale; 	<ul style="list-style-type: none"> -transport bolnava in sectia de ATI; -administrez O2 pe sonda endo-nazala; -ridic bolnava cu toracele mai sus, cu perna sub umeri; -la indicatia medicului montez o sonda NG(care are scopuri diagnostice, urmareste evolutia si permite lavajul gastric inaintea explorarii) si efectuez o clisma ; -explic bolnavei necesitatea imobilizarii la pat si satisfacerea nevoilor fiziologice la pat; -asist si ajut la efectuarea endoscopiei ; - datorita socului hemoragic masiv se decide intubarea pacientei IOT+VM, pacienta fiind sedata si monitorizata continuu , - administram medicatia prescrisa de medic respectand dozele prescrise, modul si orarul de administrare pe 24 h: -PEV SG 10%- 1500 ml, PEV SF-1000ml; Algocalmin 3 f i.v.; 	<p>Starea pacientei se degradeaza progresiv; TA= 85/50mgHg ;AV=120b/min ;Hg=7g/dl; instalindu-se socul hemoragic -pacinta este intubata;</p> <p>Se fac eforturi sustinute pentru oprirea hemoragiei si instituirea tratamentului adecvat.</p>

				- Amoxicilina 3g/zi ;Losec 3fl/zi, - transfuzia a 2 unitati CER in primele 24 ore de la debutul HD; -masor si notez in FO functiile vitale; -la indicatia medicului recoltez:Ht, Hb, L;amilaze; Grup + Rh;glicemie; -pacientei i se monteaza o sonda urinara in vederea monitorizarii urinii.	
--	--	--	--	---	--

PLAN DE NURSING
ZIUA II A INTERNARII

Data	Aprecierea	Diagnostic de nursing	Obiective	Interventii	Evaluare
				Autonome/Delegate	
16.02 2019	Starea pacientei este foarte proasta Se fac eforturi sustinute pentru a o mentine in viata, Socul hemoragic persista. Pacinta intra in stop cardio-respirator – exitus.	Ventilatia, inabilitatea unei respiratii spontane Tulburari ale respiratiei la intreruperea ventilatorului . Alterarea starii de sanatate .	Calmarea durerilor si restabilirea functiilor vitale; Sa se monteaze 1-2 catetere / branule, cu diametru gros care sa permita administrarea rapida de cantitati convenabile de lichide. Prevenirea complicatiilor pulmonare;	-masor si notez in FO functiile vitale; Hg=5g/dl ; Ht = 15% - adm. medicatia prescrisa de medic respectand dozele prescrise, modul si orarul de administrare pe 24 h: -PEV SG 10%- 1500 ml -PEV SF-1000ml; -Hemacel – 1000ml; -Algocalmin 3 f i.v.; - Amoxicilina 3g/zi ; - Losec 3fl/zi, - Dopamina/Dobutamina pe injectomat . - se urmareste diureza	Prezenta hipotensiunii persistente si a tahicardiei este echivalenta cu termenul de HDS insotita de soc hipovolemic si este considerata semn de severitate Starea pacientei este foarte proasta, functiile vitale fiind sustinute doar de aparate . Intervine stopul cardio-respirator – exitus.

				Bolnava este resuscitata, TA= 50 mmHg, AV= 65/minut, dar apare o cianoza generalizata, se realizeaza conduita de terapie intensiva, dar cu evolutie nefavorabila si deces.	
--	--	--	--	--	--