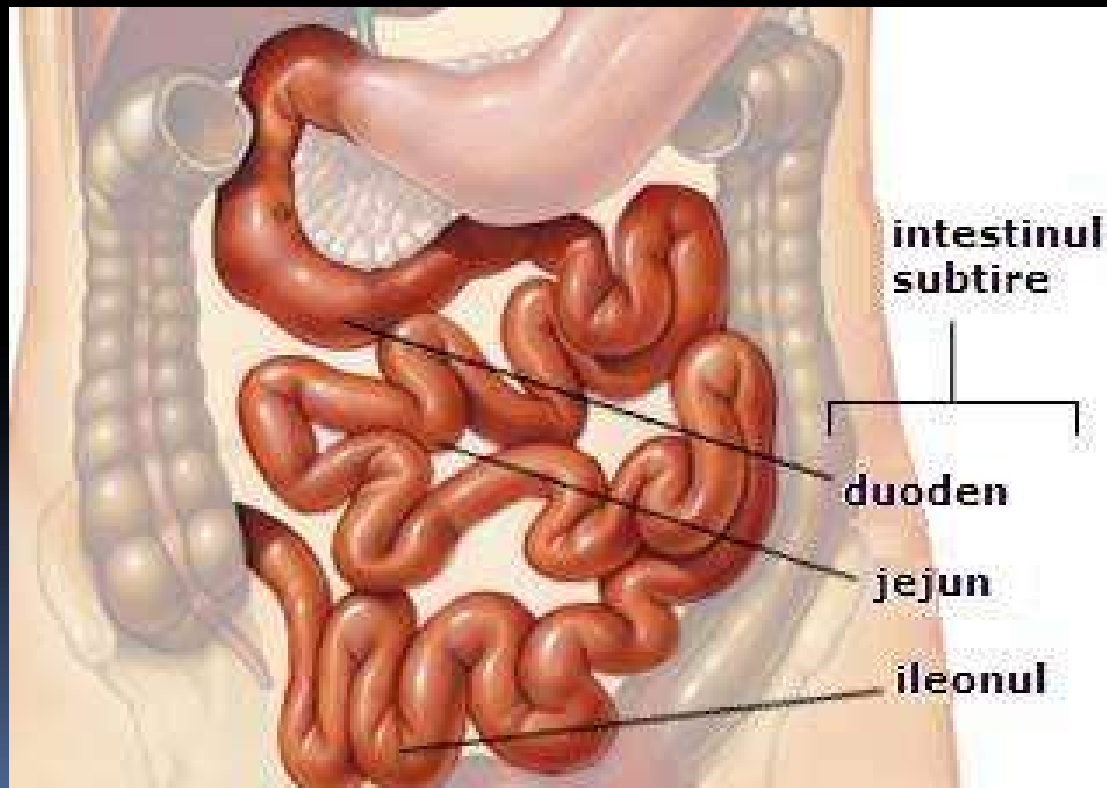


INFARCTUL ENTEROMEZENTERIC

ROLUL ASISTENTEI MEDICALE



DEFINIȚIE

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).



• ETIOPATOGENIE

- 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.
- 

• STADII CLINICE

Stadiul de apoplexie – în această fază există încă posibilitatea reversibilității dacă obstacolul este eliminat.

Stadiul de infarctizare - această fază reprezintă un moment ireversibil deoarece ansa interesată nu mai poate reveni la starea normală indiferent de metodele terapeutice adoptate.

Stadiul de gangrenare – se produce datorită ischemiei adică absenței sângelui oxigenat în patul capilar, faza ireversibilă și se practică rezecția segmentului afectat.



• 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.

TABL OU CLINIC

- Debutul este brusc, cu dureri abdominale de intensitate mare, uneori cu iradier i extinse retrosternale sau in membre.
- Durerile sunt insotite de greturi, varsaturi, meteorism, oprirea vanturilor si scaunelor, stare de soc.
- Mai rar debutul este progresiv, cu simptome mai putin dramatice. Abdomenul este sensibil, usor bombat, lipseste apararea musculara. Uneori se palpeaza o impastare circumscrisa, corespunzatoare zonei infarctate.
- In evolutie pot apare scaune sanguinolente (dupa 2-3 zile), semne de peritonita (prin perforatia intestinului gangrenat) și febra.
- Ca semne generale pot aparea șoc hipovolemic și toxico-septic, anxietate, paloare, transpirații reci, hipotensiune, tahicardie și oligurie.

• EXAMINĂRI CLINICE ȘI PARACLINICE:

TABLOUL CLINIC:

- Durere violentă, difuză, colicativă, periombilical;
- Vărsături abundente;
- Diaree explozivă sau constipație;
- Distensie abdominală;
- Semne de iritație peritoneală;
- Tahicardie, hipotensiune;
- Extremități reci, ceanoză;
- Scaune sanguinolente;
- Absența / accelerarea sunetelor peristaltice;
- Stare generală profund alterată.

EXAMINARILE PARACLINICE:

• Teste imagistice:

- | | |
|-----------------|------|
| -Endoscopie | -RMN |
| -Sigmoidoscopie | -Rx |
| -Colonoscopie | -CT |
| -Angiografie | |

• Teste de laborator:

- Hemoleucogramă, biochimie, teste de coagulare, funcțiile hepatice, teste de scaun, unde vom întâlni leucocitoza prezentă, lactatul seric mărit, tranzaminaze mărite, echilibrul acido-bazic cu deficit de baze, trombocitopenie, anemie, anomalii electrolitice, hipoalbuminemie prin malabsorbție.

• EXAMINĂRI PARACLINICE

- 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.

• EVOLUTIE

- Este de cele mai multe ori gravă. Mortalitatea este foarte mare 70% și se datorează șocului toxico-septic și hipovolemie sau peritonitei datorată perforației.
- Pentru pacienții descoperiți într-un stadiu precoce șansele de supraviețuire și calitatea vieții sunt doar puțin scăzute și variază în funcție de terenul fiecărui pacient.
- Majoritatea pacienților ajung la spital în stadii tardive în care infarctul intestinal și perforația intestinală deja s-au instalat, cazuri în care intervenția chirurgicală este depășită sau sunt necesare rezecții intestinale largi.
- În cazul ischemiei cronice, prognosticul este favorabil după intervenția chirurgicală reparatorie,
- Prognosticul pacienților cu ischemie acută este rezervat. Tratatamentul instituit imediat poate însă să îmbunătățească rata de vindecare și supraviețuire.

• TRATAMENT

- Este o urgență chirurgicală.
- Scopul tratamentului chirurgical este repermeabilizarea vasului cu reluarea circulației și revascularizarea în timp util (anterior instalării leziunilor ireversibile) a segmentelor de intestin implicat în procesul patologic.
- Absența chirurgicală este permisă doar dacă starea cardiocirculatorie a pacientului este critică sau dacă pacientul este în faza preterminală.



- **PLAN DE INGRIJIRE AL ASISTENTEI MEDICALE**

PREZENTARE DE CAZ

Pacientul se numește V.A., are 67 ani. Afirmă că a avut toate bolile copilăriei, și că a mai fost internat în spital pentru hepatită virală - 1988 și apendicectomie - 1986. S-a internat prezentând dureri abdominale violente, inapetență, grețuri, vărsături, balonări postprandiale, diaree, cefalee, icter tegumentar, febră moderată de 38°C, transpirații reci, oboseală, scăderea capacității de efort, anxietate și insomnii. În urma examinărilor clinice și paraclinice medicul specialist pune diagnosticul - Infarct enteromezenteric.

• Diagnostiche de nursing

1. Alterarea respirației datorată căilor respiratorii obstruate de secreții bronșice abundente manifestată prin durere toracică, dispnee, cianoza extremităților
2. Dificultate în a se alimenta și hidrata din cauza ischemiei, manifestată prin dureri abdominale colicative difuze, periombilicale, initial prezentă doar în timpul mese, ulterior devenind permanente
3. Tranzit intestinal modificat și aport insuficient de lichide, manifestat prin distensie abdominală grețuri și vărsături sanguinolente, constipație sau diaree explozivă sagviolentă însoțită de durere abdominală violentă.
4. Tendința ușoară de creștere a temperaturii corpului datorită procesului inflamator manifestată prin frisoane.
5. Deficit de autoîngrijire datorită durerii violente care limitează mișcarea în faza preoperatorie și restricțiilor impuse de intervenția chirurgicală manifestată prin stres, imobilitate.
6. Pierderea stimei de sine datorită alterării condiției fizice manifestată prin sentiment de neputință și anxietate
7. Refuz de a se îmbrăca și dezbrăca legat de incapacitatea de mișcare manifestată prin iritabilitate.
8. Comunicare inefficientă datorită dureri atât pre cât și postoperator manifestată prin anxietate și apatie.
9. Potențial ridicat de accidentare datorită mobilității limitate și a pansamentului aplicat postoperator.
10. Dificultatea de a îndeplini anumite activități recreative, legată de diminuarea capacității de a se mișca manifestată prin nesiguranța gesturilor.

PLAN DE ÎNGRIJIRE AL ASISTENTEI MEDICALE

ZIUA PREOPERATORIE

1. Pierderea stimei de sine , datorită intervenției chirurgicale manifestată prin neliniște, insomnie , teamă.

Obiective: Pacientului să i se înlăture teama prin incapacitatea de a se relaxa și odihni pe perioada spitalizării.

Intervenții autonome: Creez un mediu calm, relaxat, ca pacientul să își împărtășească sentimentele și temerile , încurajez exprimarea lor și ascult cu atenție; asigur condiții pentru încurajarea unui somn bun, climat cald , liniște și relaxare, suprimând cauzele iritative și aerisesc salonul asigurând temperatura și umiditatea optimă .

Intervenții delegate: Asigur pacientul că i se vor administra antialgice după intervenție și se va trata pentru a preveni complicațiile și convalescența prelungită.

Evaluare: Pacientul manifestă încredere în cadrele medicale și așteaptă încrezător reușita intervenției chirurgicale; respectă programul de odihnă stabilit , este calm și se comportă adecvat.

PLAN DE ÎNGRIJIRE AL ASISTENTEI MEDICALE

ZIUA PREOPERATORIE

2. Lipsa de putere legată de imobilitatea de efectuare a activităților fizice, manifestată prin oboseală musculară, tremor, paretezii.

Obiective: Pacientul să accepte pierderea temporară a mobilității.

Intervenții autonome: Pacientului i se asigură suport psihic necesar pentru a depăși sentimentul de incompetență; discut cu familia ca să-i acorde sprijin moral ori de câte ori este necesar, informându-i că până la vindecare este dependent de alții.

Evaluare: Pacientul își acceptă rolul său dependent de alții, exprimă stare de bine fizic și moral, având încredere în cei apropiați și în forțele proprii.

PLAN DE ÎNGRIJIRE AL ASISTENȚEI MEDICALE

ZIUA PREOPERATORIE

3. Deficit de cunoaștere în legătura cu așteptările postoperatorii, datorită lipsei surselor de informare manifestată prin cerere de informații.

Obiective: Pacientul va fi informat în legătură cu afecțiunea și intervenția chirurgicală în modul în care acesta poate fi capabil să înțeleagă informațiile primite.

Intervenții autonome: Apreciez gradul de cunoaștere a pacientului cu privire la diagnostic, tehnica medicală propusă, explic necesitatea intervenției chirurgicale, care este principalul tratament al bolii.

Familiarizez pacientul în legătura cu echipa de îngrijire, salonul și spațiile din ljur.

Evaluare: Pacientul posedă cunoștințe despre boală și intervenția chirurgicală, exprimă pregătire și curaj pentru intervenția chirurgicală.

PLAN DE ÎNGRIJIRE AL ASISTENTEI MEDICALE

ZIUA PREOPERATORIE

4. Îngrijire deficitară legată de diminuarea mobilității datorită durerii de la nivelul peretelui intestinal, manifestată prin neglijarea aspectului fizic.

Obiective: Bolnavului să i se amelioreze durerea, să prezinte tegumente curate

Intervenții autonome: Monitorizez funcțiile vitale: F.C., T.A., R., T și le înregistrez în F.O. Explic pacientului că durerea va înceta după administrarea analgezicului și îl educ să raporteze orice disconfort sau accentuare a durerii. Ajut pacientul la realizarea igienei corporale, asigur lenjerie de corp și pat.

intervenții delegate: Administrez medicația prescrisă de medic și urmăresc efectele acestuia. Efectuez pregătirile preoperatorii specifice.

Evaluare: Pacientul este calm, liniștit și încrezător în cadrele medicale. Funcțiile vitale în limite normale:

F.C.=70 b/min. ;

T.A.=140/70 mmHg ;

R.=18 r / min.;

T=36,9 * C.

PLAN DE ÎNGRIJIRE AL ASISTENTEI MEDICALE

PRIMA ZI POSTOPERATOR

1. Potential de accidentare datorită limitării mobilității manifestată prin agresivitate, nervozitate, agitație.

Obiective: Bolnavul să respecte mobilizarea și să beneficieze de confort în perioada spitalizării

Intervenții autonome: Bolnavul va sta imobilizat la pat 24 h, Aplic un masaj ușor punctelor de sprijin. Educ pacientul că nu are voie să facă mișcări bruște, să tușească și să vorbească tare. Supraveghez funcțiile vitale: F.C., T.A., R., T. și le notez în F.O. Sfătuiesc pacientul să nu se agite, să-și exprime liber nevoile și să-și controleze anxietatea.

Intervenții delegate: Administrez medicația prescrisă de medic în dozele și pe căile recomandate de acesta și urmăresc efectele lor.

Evaluare: Funcțiile vitale sunt în limite normale.
Bolnavul își acceptă cu greu postura, deși se simte confortabil și în siguranță.

2. Durere locală datorită procesului inflamator postoperator.

Obiective: Pacientul să-și amelioreze durerea în mai puțin de o oră.

Intervenții autonome: Observ comportamentul bolnavului, gradul de agitație, neliniște. Cer pacientului să comunice orice modificare a stării generale. Supraveghez pansamentul.

Intervenții delegate: Administrez tratamentul prescris de medic în dozele și pe căile de administrare indicate de acesta și supraveghez efectele.

Evaluare: Durerea a scăzut în intensitate.

Bolnavul este liber de infecții, liber de complicații, respectă repausul. Pansamentul este curat. Analgezicele au efect mai bun administrate înaintea unei crize dureroase.

3. Deficit de autoîngrijire datorită restricțiilor impuse de intervenția chirurgicală, manifestat prin aspect inadecvat și scăderea stimei de sine.

Obiective: Pacientul să fie îngrijit din punct de vedere igienic, până când va putea să se deservască singur.

Intervenții autonome: Monitorizez T la fiecare 4 h și o notez în F.O. Supraveghez să nu prezinte alterarea integrității tegumentelor. Am grijă ca cearceaful să fie bine întins, să nu prezinte cute, pentru a preveni apariția escarelor. Instruiesc familia în tehnica spălării pe mâini ; Instruiesc familia și pacientul să raporteze eventualele semne de infecție

Evaluare: nu prezintă semne de infecție. Este afebril: $T=36,7^{\circ}\text{C}$.

Pacientul prezintă incizia fără simptome de infecție și pansamentul curat pe parcursul spitalizării.

4. Dificultate de a se alimenta și hidrata datorită restricției de ingera alimente sau lichide până la reluarea tranzitului intestinal.

Obiective: Pacientul să respecte indicațiile și restricțiile date pentru o convalescență cât mai scurtă și fără complicații.

Intervenții autonome: Instruiesc pacientul și familia acestuia cu privire la restricția consumului de alimente sau lichide până la reluarea tranzitului. Il încurajez pe pacient să comunice orice modificare a stării generale.

Intervenții delegate: La indicația medicului hidratez parenteral pacientul .

Evaluare: Pacientul are încredere în cadrele medicale respectă indicațiile medicului . Acceptă tratamentul și este optimist cu privire la vindecare.

A DOUA ZI POSTOPERATOR

1. Durere locală datorită procesului postoperator.

Obiective: Pacientul să nu mai simtă durere în mai puțin de o oră..

Intervenții autonome: Observ comportamentul bolnavului , gradul de agitație , neliniște.
Ridic somniera patului la solicitarea pacientului.

Măsur F.V. : T.A. , F.C., T., R.

Încurajez familia să fie alături de el și o informez despre perioada de convalescență.

Intervenții delegate: Administrez medicația prescrisă de medicul specialist în dozele și pe căile indicate de acesta urmărind efectele.

Evaluare: Bolnavul este liber de infecții , liber de complicații , respectă repaosul și indicațiile medicale. Durerea este ameliorată . F. V. se încadrează în valorile normale.:

T.A.= 140/70 mmHg

F.C. = 70 b/ min.

T.=36,7 *C

R.=18 r/ min.

EDUCATIA PACIENTULUI PENTRU PREVENIREA INFECTIILOR MEZENTERICE

- Asanarea focarelor de infecție din organism;
- Alimentație echilibrată fără exces de sare și grăsimi, aport de vitamine;
- Combaterea obezității;
- Regim de viață echilibrat;
- Exerciții fizice, plimbări în aer liber;
- Evitarea consumului de alcool, cafea, tutun;
- Control medical periodic;

