

NEVOILE PACIENTULUI (I)

Ș.L. Dr. med. ALEXANDRU CARABA
medicină internă-reumatologie

Scopul profesiei de nursing constă în asigurarea independenței pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale, ceea ce este știut că duce la obținerea unei stări de bine și a echilibrului, atât biologic cât și psihologic.

INDEPENDENȚA: constă în satisfacerea uneia sau mai multor nevoi prin acțiuni proprii, îndeplinite de persoana în sine.

La copii, cu cât vârsta este mai mică, nevoile vor fi îndeplinite cu ajutorul sau de către alți indivizi.

În practica sa, asistentul medical va identifica acele nevoi fundamentale care sunt independente, și nu le va lua în considerare în elaborarea planului de îngrijire.

DEPENDENȚA reprezintă incapacitatea persoanei de a-și satisface una sau mai multe nevoi.

În practica sa, asistentul medical va identifica acele nevoi fundamentale care sunt dependente, și va elabora planul de îngrijire centrat pe acestea.

Cauze de ordin:

- fizic
- social
- psihologic
- spiritual
- lipsa unor cunoștințe despre starea de sănătate/prezervarea acesteia

Virginia Henderson a identificat și definit nevoile pacientului:

- N de a comunica cu semenii
- N de a respira
- N de a avea o circulație adecvată
- N de a-și menține temperatura în limite normale
- N de a se alimenta și a se hidrata
- N de a elimina
- N de a fi curat și a-și proteja tegumentele
- N de a dormi și a se odihni
- N de a se mișca și a avea o postură corectă
- N de a evita pericolele
- N de a-și păstra credința și valorile proprii

Nevoia de a comunica cu semenii

Comunicarea se manifestă prin toate expresiile, verbale și non-verbale, prin caracteristicile individului din punct de vedere comportamental (mers, postură, îmbrăcăminte).

Comunicarea verbală are următoarele componente:

- articularea cuvintelor
- fonația (inflexiunea vorbirii)
- gesticulația

Comunicarea non-verbală („limbajul corpului”) reprezintă capacitatea de comunicare prin atitudini corporale, gestică, mimică.

Nevoia de comunicare este influențată de:

- factori biologici
- factori psihologici
- factori sociologici

Factori biologici :

- integritatea simțurilor: văz, auz, miros, gust, pipăit și echilibru
- integritatea funcției care permite comunicarea verbală
- integritatea aparatului locomotor, care permite gestică sau mișcarea

Factori psihologici :

- inteligență
- percepție
- emoție

Factori sociologici:

- anturajul individului
- gradul de cultură, gradul de educație, statutul social
- personalitatea (este caracteristica individului prin care acesta se impune, se exprimă, se afirmă și stabilește legături cu alți indivizi)

Nevoia de comunicare este influențată de:

- tulburări de ordin senzorial: cecitatea, surditatea, absența gustu-gustului, anosmia, hipo sau hiperestezie
- tulburări motorii: pareza/paralizia
- tulburări de limbaj: afazia (incapacitatea de a pronunța anumite cuvinte), dizartria (nu pronunță corect cuvintele), dislalia (nu pronunță anumite sunete din cuvinte), bradilalia (vorbește rar), mutismul (nu comunică), ticuri verbale (bâlbâiala)
- tulburări afective: agitație, neliniște, anxietate, halucinații (vizuale, auditive, cutanate, motorii, olfactive)
- scăderea ritmului ideativ – sau gândire greoaie

Intervenții:

- liniștirea bolnavul și familiarizarea acestuia cu mediul ambiant
- asigurarea unui mediu de securitate și de liniște
- administrarea medicației recomandată de medic
- învățarea bolnavului să folosească mijloacele proprii de comunicare
- pregătirea/urmărirea bolnavului pre- și postexaminare

Comunicarea asistent medical-pacient:

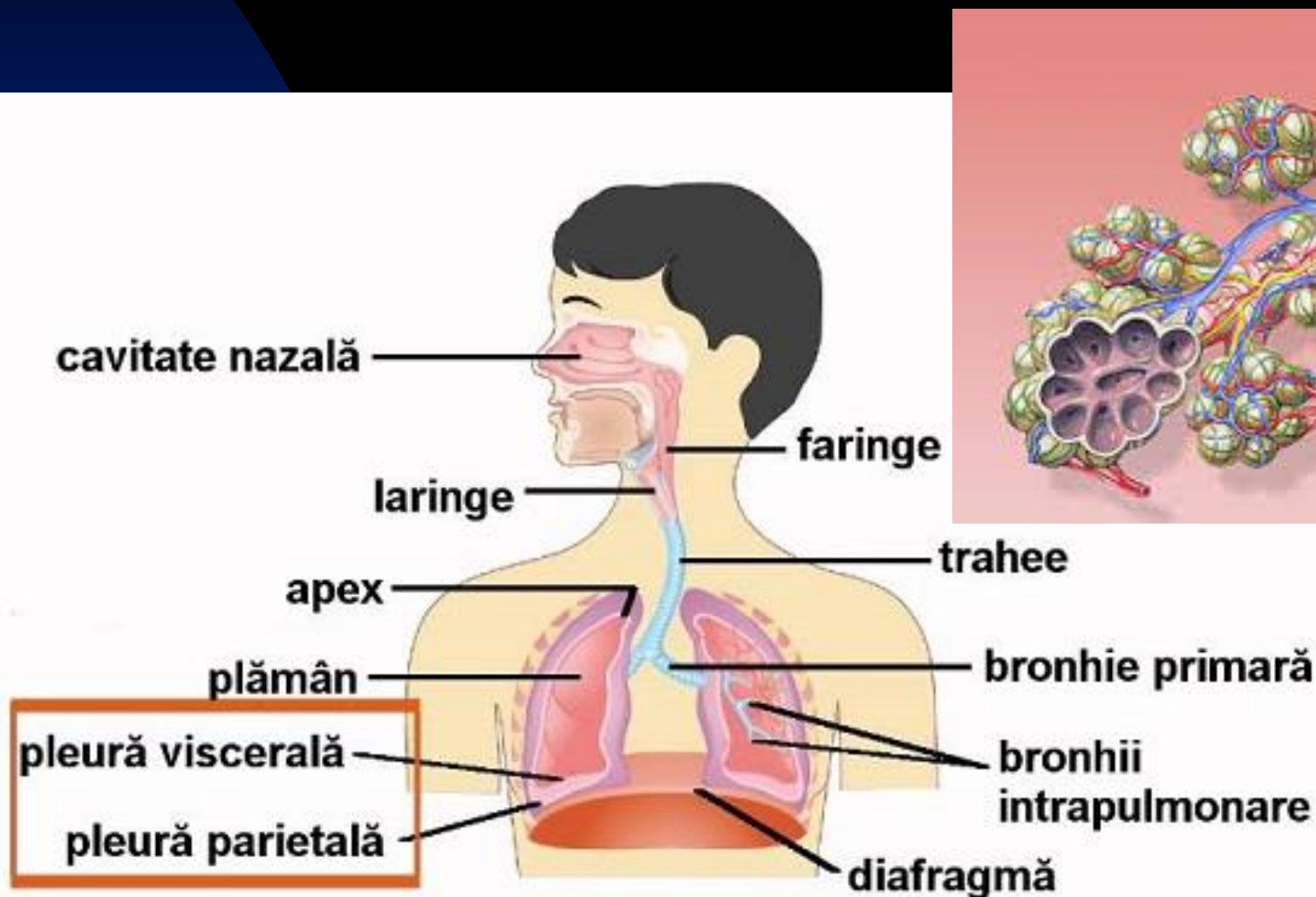
- pacientul va fi respectat, indiferent de gradul de cultură sau de pregătire profesională
- vocabularul utilizat trebuie să fie pe înțelesul acestuia
- adresarea se face cu „dumneavoastră”
- tonul utilizat este adecvat situației
- toate tehnicile se aplică atunci când pacientul este cooperant
- mimica și gesturile trebuie să completeze informația medicală

Asistentul medical va urmări și va interpreta:

- postura și atitudinea corpului individului
- expresia feței
- vocea
- mișcarea ochilor și contactul cu privirea

Nevoia de a respira

Respirația reprezintă procesul fiziologic prin care se realizează schimbul de gaze între organism și mediul extern.



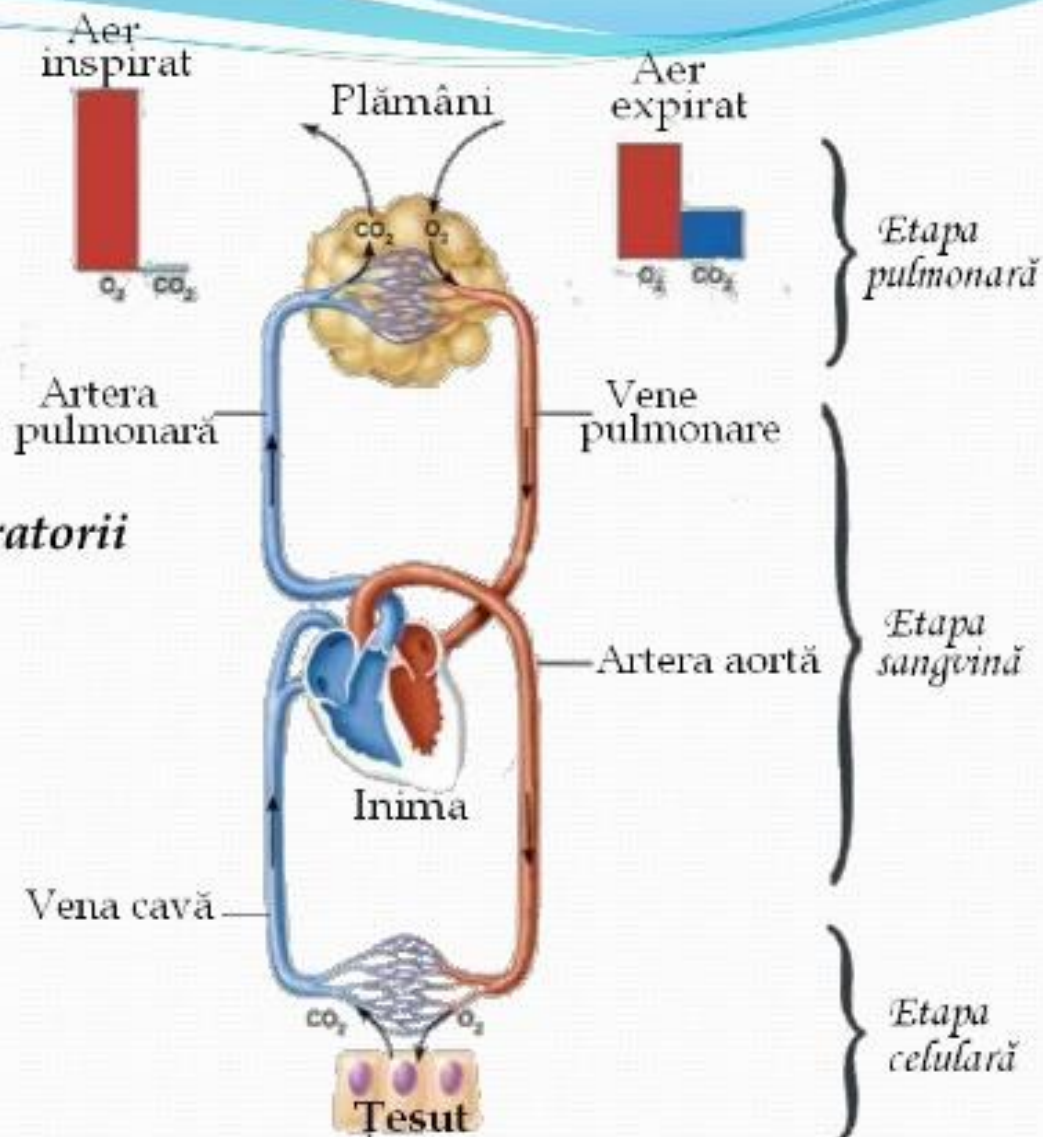
Etapele respirației

1. Ventilația pulmonară: schimbul de gaze între aerul atmosferic și aerul alveolar
2. Schimbul de gaze la nivel alveolar
3. Transportul gazelor prin sânge
4. Schimbul de gaze între sânge și țesut
5. Respirația tisulară

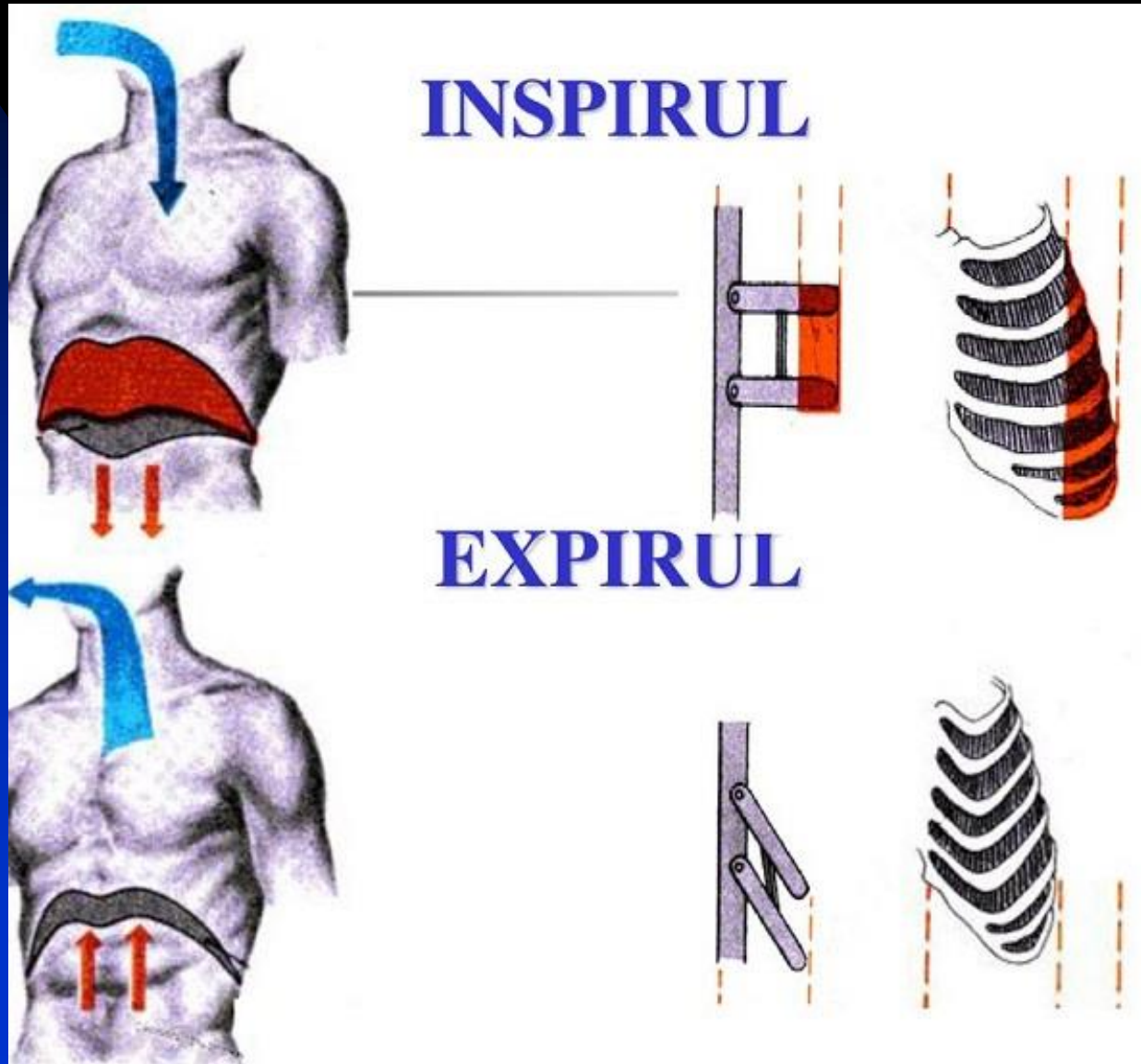
Schimbul de gaze

- se realizează în 3 etape:

1. *Etapa pulmonară*
2. *Transportul gazelor respiratorii*
3. *Etapa celulară*

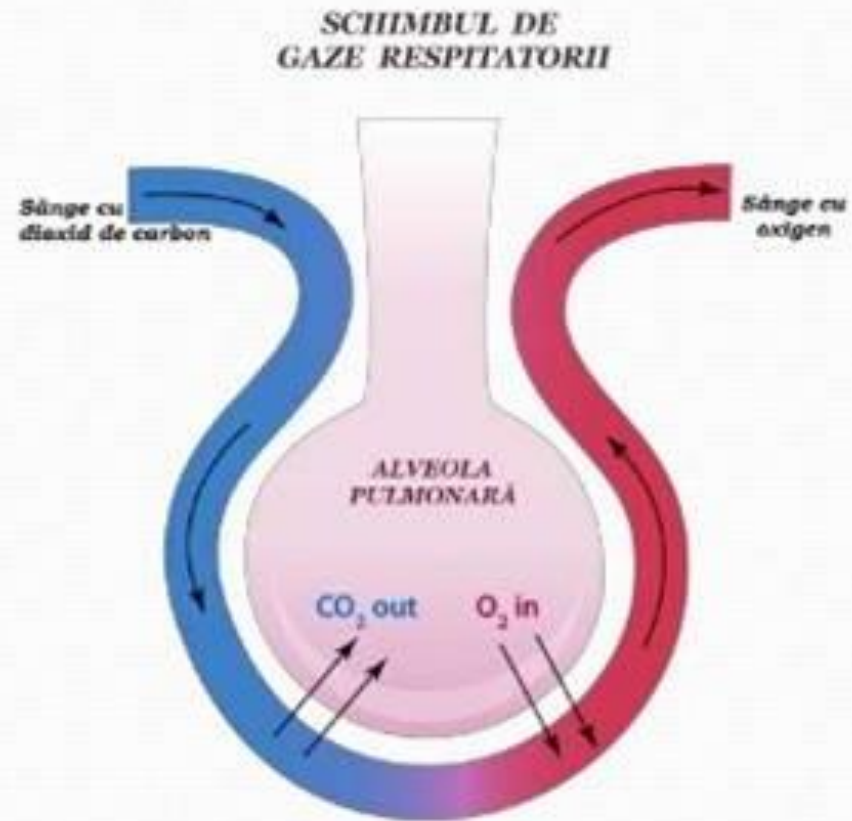


1. Ventilația pulmonară: schimbul de gaze între aerul atmosferic și aerul alveolar
- prin inspirație, respectiv expirație

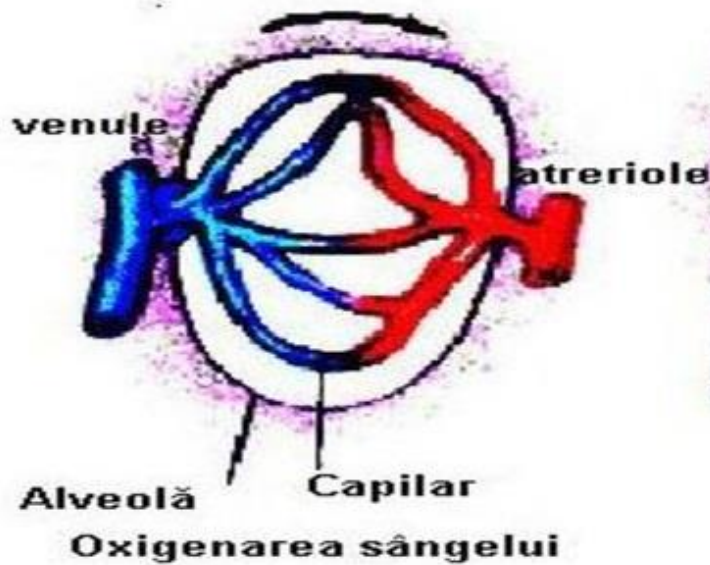


2. Schimbul de gaze la nivel alveolar

- în urma inspirației aerul încărcat cu oxigen ajunge la nivelul alveolelor pulmonare;
- O_2 trece din alveolă în sânge, iar CO_2 trece din sânge în alveolă și va fi eliminat prin expirație.



Schimbul de gaze în plămâni

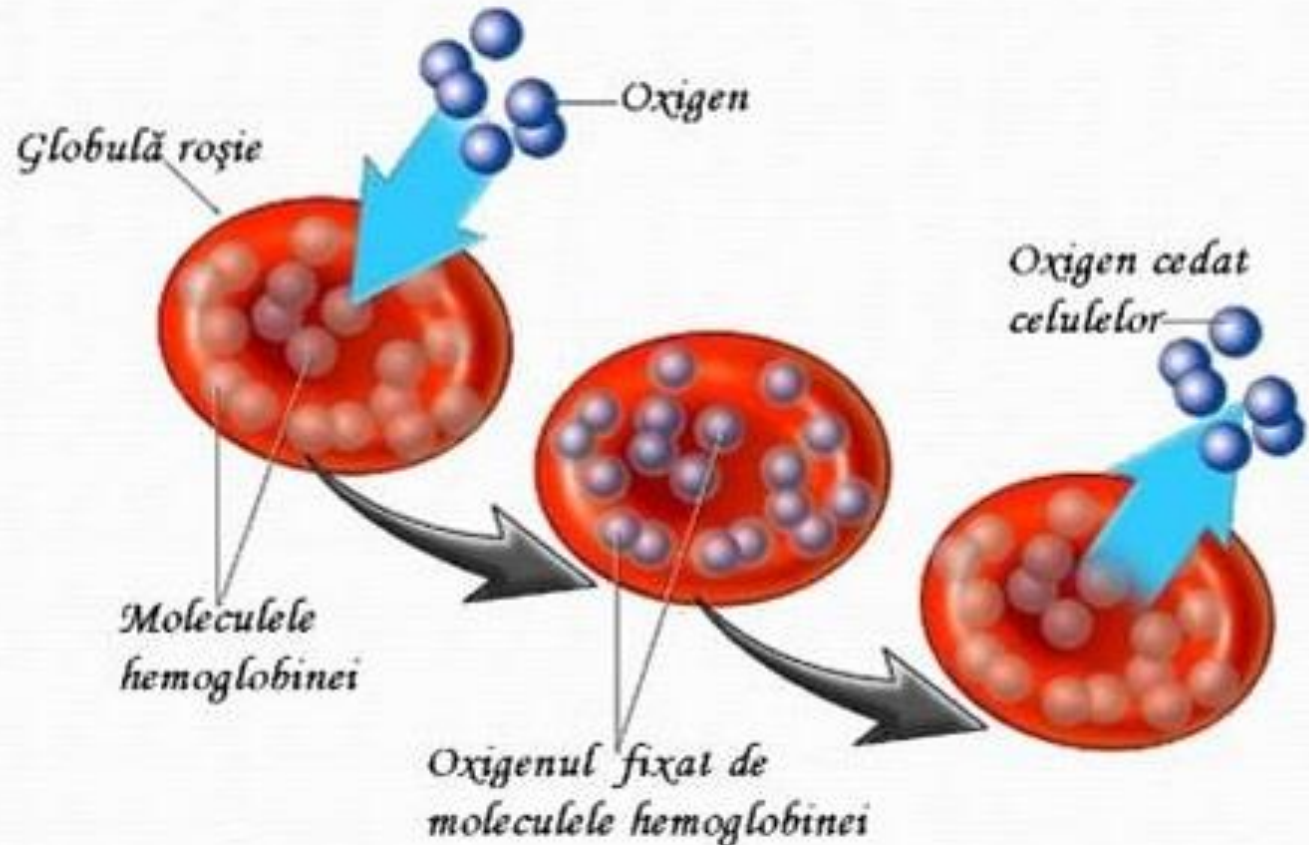


Oxygenarea sângelui lipsește

3. Transportul gazelor prin sânge

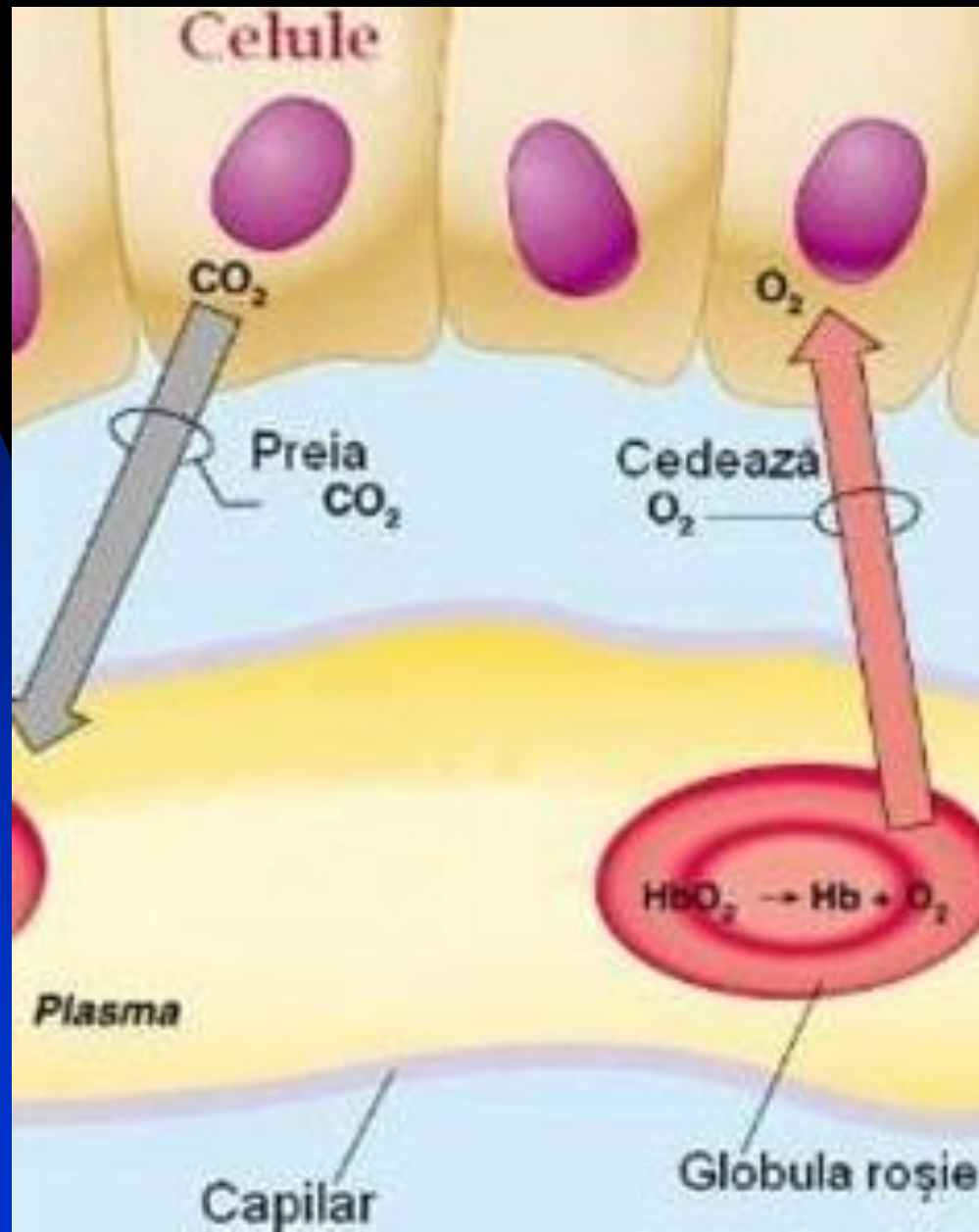
Globulele roșii din sânge realizează combinații instabile cu O_2 și CO_2 , transportând O_2 de la alveole la celule și CO_2 de la celule la alveole.

Transportul oxigenului



4. Schimbul de gaze între sânge și țesut

5. Respirația tisulară



Factorii care afectează/influențează respirația:

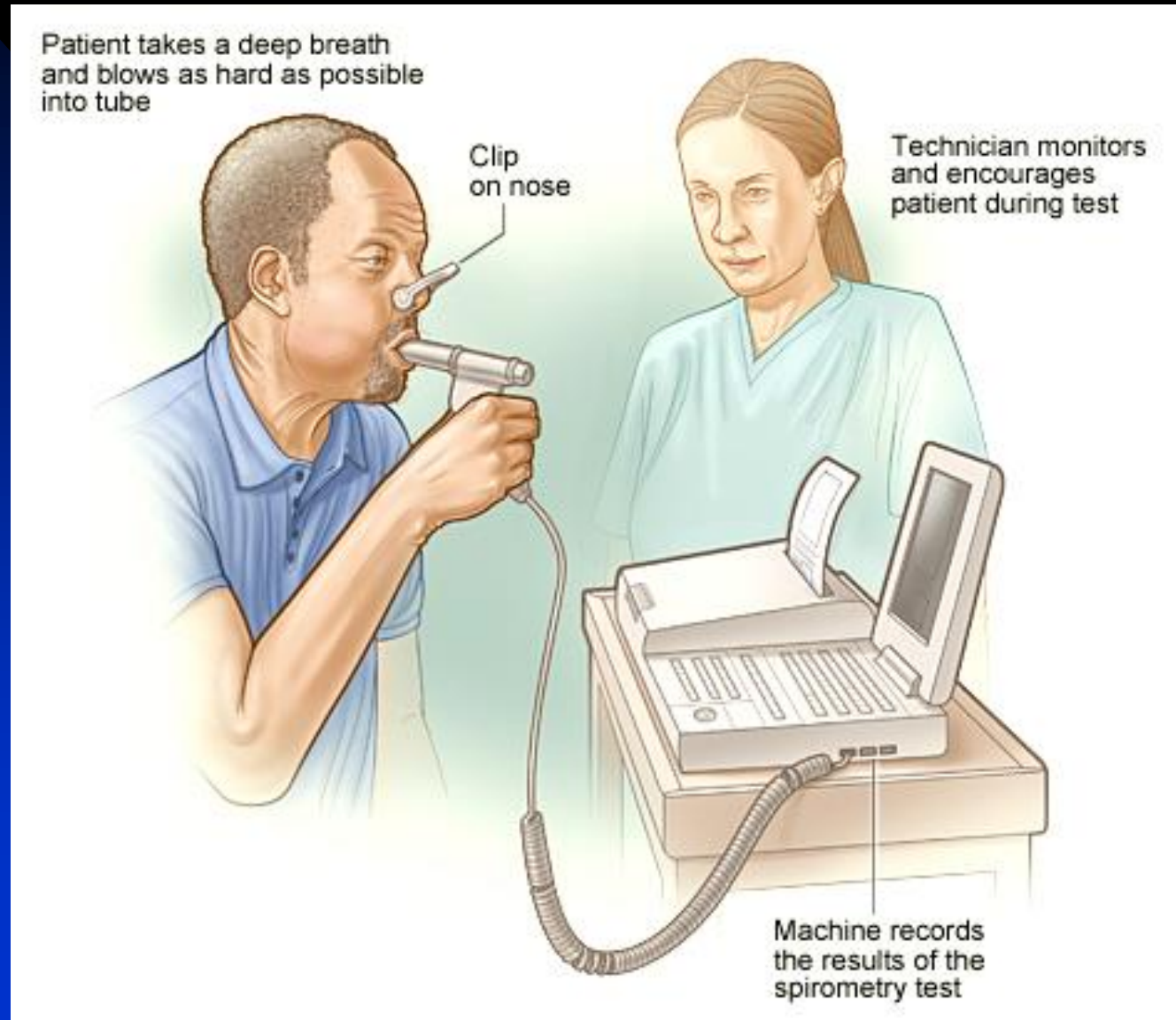
- Nevoi crescute de oxigen (fiziologice, patologice)
- Capacitatea de transport a Hb (reducerea Hb, prezența monoxidului de carbon)
- Scăderea oxigenului în aerul inspirat, poluare, fumat etc.
- Creșterea ratei metabolice
- Sarcina
- Obezitatea
- Anomalii musculoscheletale ale cutiei toracice
- Boli neurologice care afectează centrii respiratori

Parametri respirației:

- Frecvența respiratorie: 16-18/minut
- Amplitudinea respirației: 500 ml/respirație
- Ritm respirator: regulat
- Tip respirator:
 - costal superior: femei
 - costal inferior: bărbați
 - abdominal

Metode de explorare:

- Spirometrie



Cu ajutorul spirometriei sunt explorate:

- Volumele pulmonare/respiratorii (modificate în disfuncțiile ventilatorii de tip restrictiv sau mixt)
- Debitele ventilatorii (volum ventilat/unitate de timp, modificate în disfuncțiile ventilatorii obstructive sau mixte)

- Volum curent (VC): volumul de aer inspirat/expirat în condiții bazale, într-un ciclu respirator (500-800 ml sau 15% din CV)
- Volum inspirator de rezervă (VIR): volumul maxim de aer care poate fi inspirat după un inspir normal, în condiții bazale (1500-2000 ml sau 60% din CV)
- Volum expirator de rezervă (VER): volumul de aer care poate fi expirat forțat, după un expir normal (800-1500 ml sau 25% din CV)
- Capacitatea vitală (CV): volumul de aer expirat forțat după un inspir forțat (3500-4500 ml, până la 6000 ml-sportivi)

$$\mathbf{CV=VC+VIR+VER}$$

- Volum rezidual (VR): volumul de aer care nu poate fi eliminat, rămânând în plămâni după un un expir forțat (1000-1500 ml sau 20-30% din CPT; determinare indirectă prin metoda de diluție a gazelor)

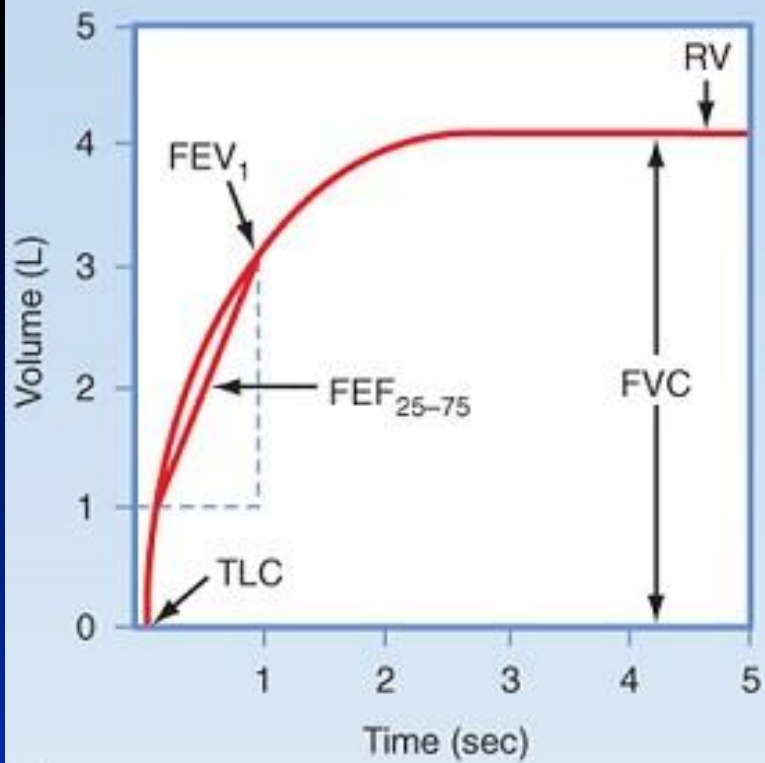
- Capacitatea reziduală funcțională (CRF): volumul de aer care rămâne în plămâni la sfârșitul unui expir obișnuit, în repaus (2500-3000 ml sau 50% din CPT)

$$\mathbf{CRF=VER+VR}$$

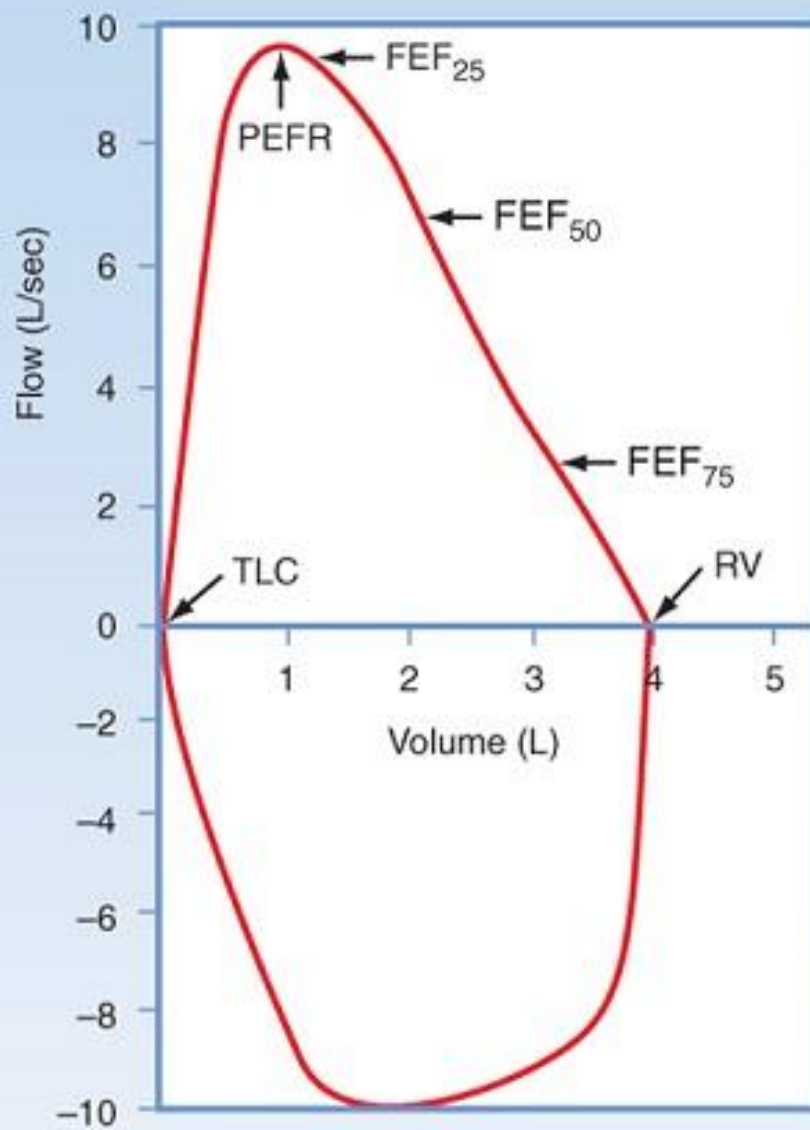
- Capacitatea pulmonară totală (CPT): volumul de aer conținut în plămâni după un inspir forțat (4500-6000 ml)

$$\mathbf{CPT=CV+VR}$$

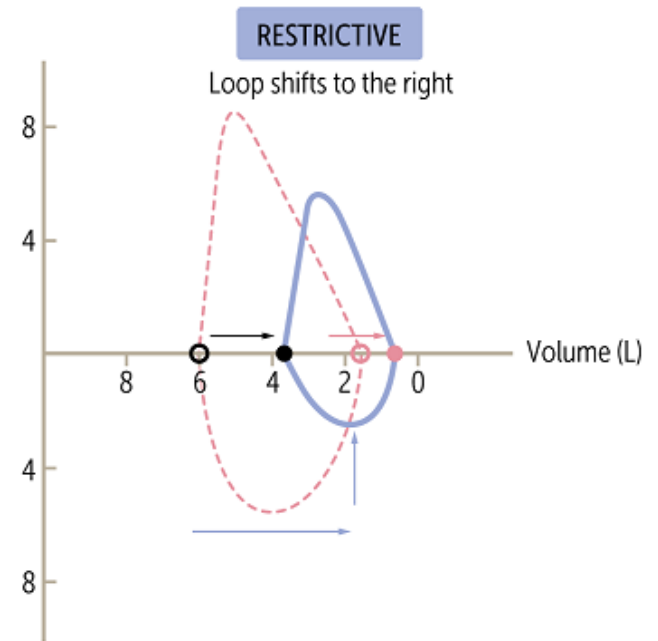
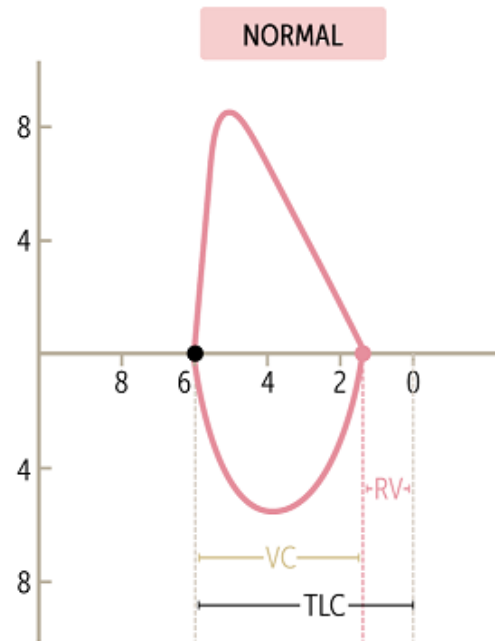
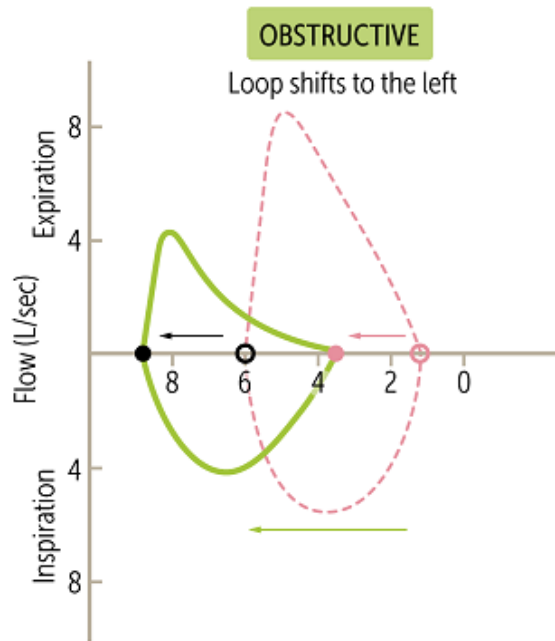
- Volumul expirator maxim pe secundă (VEMS): volumul expirat în prima secundă într-un expir forțat; declin fiziologic 25-30 ml/an
- Indicele de permeabilitate bronșică: $VEMS/CV \times 100$ ($< 70\%$ = disfuncție ventilatorie obstructivă)
- Debit expirator maxim de vârf (PEF-peak expiratory flow): cea mai mare valoare a fluxului de aer (l/sec) realizată în expirație maximă forțată, care urmează unui inspir forțat (oferă relații despre permeabilitatea căilor aeriene)
- Debitul expirator maxim instantaneu: debitul maxim de aer (l/sec) realizat într-un moment al expirului forțat



A



B



Mecanica ventilatorie:

- complianța pulmonară (scade în fibroze pulmonare, crește în emfizem pulmonar)
- elastața (modificări similare cu complianța)
- rezistența la flux (crește cu scăderea diametrelor căilor aeriene):
 - căi aeriene superioare și centrale (R_{aw})
 - periferică (R_{perif}): dg precoce al afectării căilor aeriene distale

Distribuția aerului ventilat:

- indicele de azot al expirației unice (\uparrow)
- indicele de amestec intrapulmonar (indicele de mixică) (curba de diluție a He): normal 2-3 minute; în emfizemul pulmonar: 12-15 minute

Difuziunea prin membrana alveolo-capilară:

- TLco (scade în fibroze pulmonare, disfuncții restrictive, ocluzii ale vaselor pulmonare, sarcoidoză)

Explorarea perfuziei pulmonare

Determinarea gazelor respiratorii:

SaO₂: 90-97%

PaO₂: 100 mmHg (tânăr), 80 mmHg (vârstnic); Scăderea PaO₂ cu mai mult de 10 mmHg față de valoarea corespunzătoare vârstei este patologică

PaO₂ < 60 mmHg (hipoxemie importantă)

< 45 mmHg (urgență vitală)

< 35 mmHg (risc deces)

PaCO₂: 40 mmHg

PaCO₂ > 45 mmHg (hipercapnie)

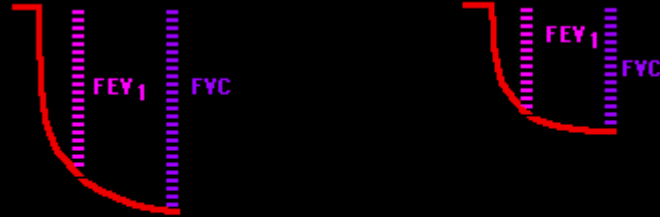
pH: 7,35-7,45

Bicarbonat standard: 22-26 mMol/l

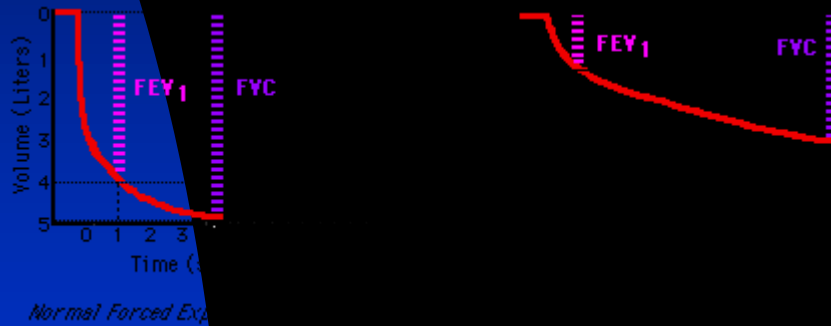
Exces baze: - 3- +3 mMol/l

Disfuncții ventilatorii:

- Restrictivă: în principal reducerea CV

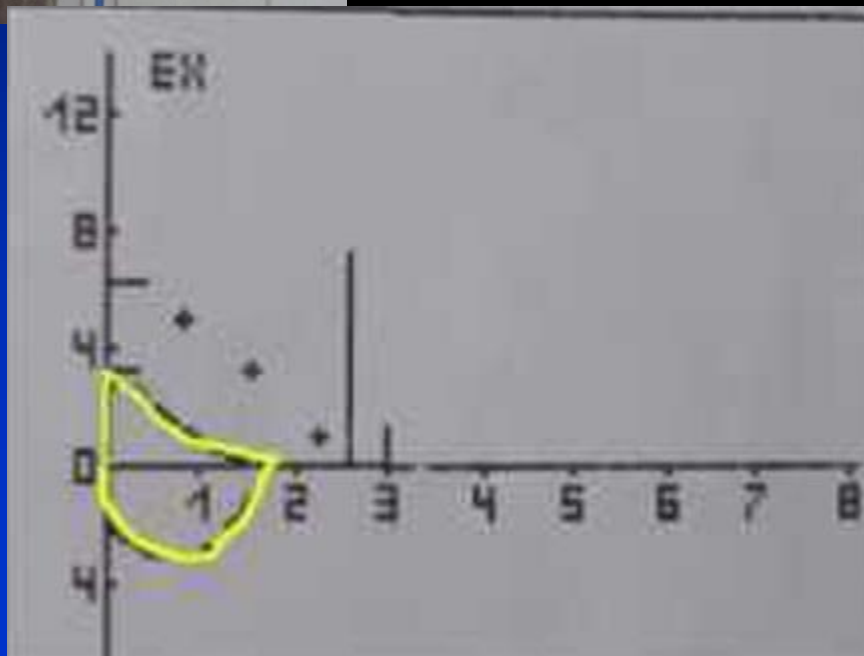


- Obstructivă: reducerea VEMS, IPB



- Mixtă: reducerea CV și VEMS

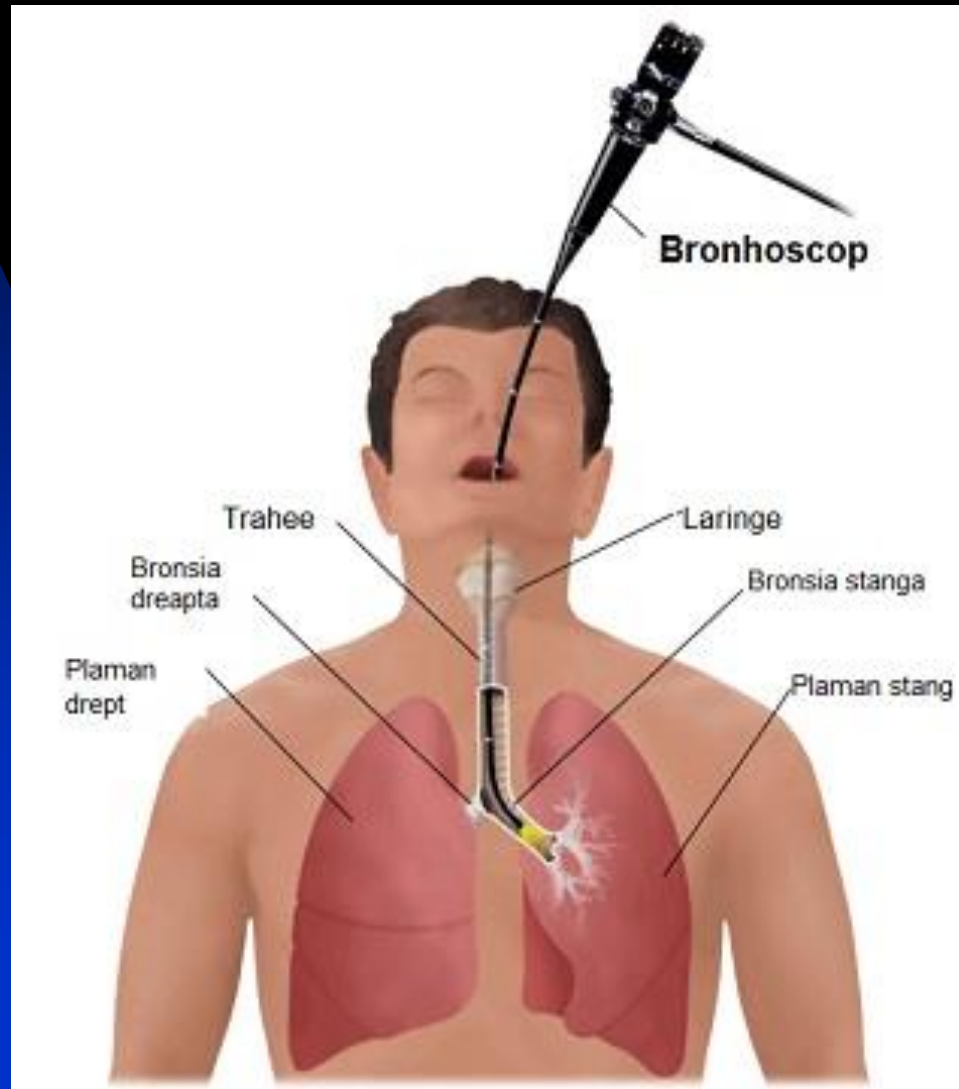
Spondilită anchilozantă formă axială



PARAMETER	REF	PRED	%PRED
VC	1.68	3.05	55.0
FVC	1.64	2.99	54.8
FEV1	1.28	2.56	49.2
FEV1/VC	10.28	80.9	94.1
PEF	3.29	6.29	52.3
MEF 50	1.25	3.95	31.5
MIF 50	3.29		
MEF 25	0.38	1.69	22.4
MMEF 25/75	0.87	3.43	25.5
FIU 1			

Metode de explorare:

- Bronhoscopie



Dispneea

Dispneea se caracterizează din punct de vedere subiectiv prin dificultatea în respirație, iar din punct de vedere obiectiv prin modificări ale ritmului, frecvenței și amplitudinii mișcărilor respiratorii.

Deși dispneea reprezintă de cele mai multe ori un simptom al afecțiunilor respiratorii, ea poate apare și în cadrul unor boli cardiace, neurologice sau psihiatrice .

Dispnee de etiologie respiratorie:

- traheomalacie, laringită, corpi străini aspirați
- astm bronșic, bronșită cronică, emfizem pulmonar, BPOC, bronșiolită obliterantă
- pneumonie masivă, bronhopneumonie
- fibroză pulmonară
- neoplasme
- tromboembolism pulmonar, hemoragii alveolare
- pneumotorax, pleurezie
- edem pulmonar acut necardiogen
- insuficiență respiratorie

Modalități de debut :

- acut: cu instalare brutală, indică prezența unor afecțiuni acute, severe, uneori chiar amenințătoare de viață: tromboembolism pulmonar, infarct miocardic acut, insuficiență valvulară acută, pneumotorax, anafilaxie, aspirație de corpi străini, edem pulmonar acut, tamponadă pericardică
- subacut: cu apariție într-un interval de timp variabil, cuprins între câteva ore și câteva zile, fiind întâlnit în exacerbarile BPOC și astmului bronșic, pneumonia eozinofilică, miocardite, sindromul de venă cavă superioară
- cronic: asociat patologiei cronice (respiratorie, cardiovasculară, hematologică, neurologică)

Condițiile de apariție:

- dispnee pozițională (ortopnee, platipnee, trepopnee):
insuficiență
cardiacă congestivă, pericardită exudativă/tamponadă pericardică,
tumori cardiace, revărsat pleural, sindrom hepatopulmonar, post-
pneumonectomie
- dispnee de efort: afecțiuni pulmonare, cardiace, anemii

Condițiile de manifestare în timp:

- dispnee tranzitorie: tulburări de ritm și conducere, tromboembolism pulmonar, atac de panică
- dispnee recurentă: exacerbari ale astmului bronșic, BPOC, decompensări ale insuficienței cardiace

Tablou clinic

Simptomatologia asociată contribuie la stabilirea diagnosticului etiologic al dispneei.

- febră: infecții, inflamații
- durere toracică retrosternală: boală coronariană ischemică, tromboembolism pulmonar, pneumotorax, pneumomediastin
- durere toracică de tip junghi pleural: pneumonie, tromboembolism pulmonar, neoplazii
- palpitații: afecțiuni cardiovasculare, anemii
- sincopă: tahiaritmii, tromboembolism pulmonar
- wheezing: astm bronșic, BPOC, bronșiolită acută

- tuse: afecțiuni respiratorii, cardiace
- hemoptizie: tromboembolism pulmonar, neoplasme bronhopulmonare, bronșită cronică, bronșiectazii, tuberculoză pulmonară, hemoragie difuză alveolară, vasculite, utilizare de cocaină
- pirozis retrosternal: boală de reflux gastroesofagian cu aspirație în căile respiratorii
- slăbiciune musculară, mialgii: decondiționare fizică, distrofie musculară, scleroză laterală amiotrofică, miopatii
- dureri osoase: procese patologice localizate la nivelul cutiei toracice (fracturi costale, neoplazii etc.)

Intervenții:

CE NU TREBUIE FĂCUT

- Nu se administrează medicație cu potențial depresor respirator central
- Nu se efectuează puncție pleurală (doar după efectuarea Rx)
- Nu se administrează de rutină antibiotice (TBC, laringită alergică)

CE TREBUIE FĂCUT

- Poziționarea corectă a pacientului
- Asigurarea aerisirii salonului
- Reducerea anxietății
- Supravegherea funcțiilor vitale
- Oxigenoterapie (la indicația medicului)
- Măsuri specifice în funcție de etiologie

Cianoza

- colorație albăstruie a tegumentelor și mucoaselor, secundară creșterii concentrației Hb reduse peste 5 g/dl
- cianoză centrală (generalizată, tegumente calde, limbă cianotică, dispnee, poliglobulie, degete hipocratice)
- cianoză periferică (tegumente reci, limbă normal colorată)
- cianoză acută (generalizată în: insuficiența respiratorie acută, cord pulmonar acut, sincopă / localizată în ocluzii vasculare)
- cianoză cronică (generalizată în: BPOC, cord pulmonar cronic, cardiopatii cianogene / localizată în: acrocianoză)

Tusea

Tusea este un act reflex, care constă într-o expirație bruscă, violentă, prin care se realizează eliminarea secrețiilor/corpilor străini din arborele traheo-bronșic.

Forme:

- tuse seacă
- tuse cu expectorație

Condiții de apariție a tusei:

- tuse de efort (emfizem pulmonar, astm bronșic, procese mediastinale)
- tuse posturală (cavernă TBC, abces pulmonar, bronșiectazii)
- tuse nocturnă (insuficiență cardiacă, astm bronșic, catar respirator)
- tuse matinală (bronșită cronică, bronșiectazie, abces pulmonar)
- tuse vesperală (TBC)
- tuse continuă (pneumonie, bronhopneumonie)

Expectorația

Expectorația reprezintă actul prin care sunt eliminate, în urma tusei, produsele patologice din arborele traheo-bronșic și parenchimul pulmonar.

Produsul eliminat se numește spută.

Metoda de recoltare

Analiza: macroscopică, microscopică, biochimică, bacteriologică

Cantitate:

- absentă
- redusă (200-400 ml/24 ore): traheobronșite, BPOC acalmie, astm bronșic
- crescută (400-500 ml/24 ore): BPOC, supurații pulmonare
- foarte mare (peste 500 ml/24 ore): vomică (empiem, abces, chist hidatic)

Aspect



Miros

Hemoptizia

Hemoptizia reprezintă eliminarea pe gură de sânge roșu, aerat, proaspăt, rezultat în urma unei hemoragii la nivelul căilor aeriene inferioare sau plămânului.

Etiologie:

- căi respiratorii inferioare (bronșită acută, bronșită cronică, bronșiectazii, bronholitiază, inhalare de gaze toxice, neoplazii)
- plămân (tuberculoză pulmonară, abces pulmonar, neoplazii, pneumonii bacteriene, micoze pulmonare (aspergiloză, actinomicoză, blastomicoză, histoplasmoză), chist hidatic pulmonar, sindrom Goodpasture, granulomatoză cu poliangiită, pneumonită lupică, hemosideroză pulmonară idiopatică, contuzii)

- vase sanguine: malformații arterio-venoase, telangiectazie ereditară hemoragică, tromboembolism pulmonar, hipertensiune pulmonară, stenoză mitrală strânsă, anevrism de aortă deschis în arborele traheo-bronșic, edem pulmonar acut, post cateterism a arterei pulmonare
- alte cauze: endometrioză pulmonară, coagulopatii, anticoagulare excesivă, traumatisme toracice închise sau deschise.

Din punct de vedere al cantității de sânge pierdut, se disting hemoptizii:

- mici: 50-100 ml
- mijlocii: 100-200 ml
- mari: până la 500 ml
- foarte mari: peste 500 ml. Hemoptizia cataclismică (peste 1000 ml) poate duce la deces imediat prin asfixia indusă de inundarea bronșiilor sau prin șoc hemoragic.

Uneori apare lipotimia.

Sângele eliminat are culoare roșie, necoagulat, aerat.

În funcție de etiologia hemoptiziei, pot apare:

- dispnee, ortopnee, dispnee paroxistică nocturnă, culminând cu edemul pulmonar acut: insuficiență cardiacă acută, stenoză mitrală strânsă
- durere toracică de tip junghi pleural: tromboembolism pulmonar
- febră: procese infecțioase, inflamatorii, neoplazice
- tuse productivă: infecții respiratorii superioare/inferioare

Parametru	Hemoptizie	Hematemeză
Grețuri, vărsături, dureri abdominale	-	+
Afecțiuni digestive cunoscute	-	+
Afecțiuni pulmonare cunoscute	+	-
Melenă consecutivă	-	+
Asfixie	posibilă	improbabilă
Aspectul sângelui	lichid, aerat, spumos, de culoare roșie strălu-citoare sau roz	culoare maro, negru, aspectul „zațului de cafea”
pH	alcalin	acid
Conținut	macrofage, neutrofile	resturi alimentare

Intervenții:

- aplicarea terapiei medicamentoase specifice
- oxigenoterapia
- facilitarea mobilizării secrețiilor
- prevenirea/tratamentul corespunzător al infecțiilor
- corectarea factorilor favorizanți sau agravanți,
- reducerea anxietății
- evitarea fumatului
- asigurarea unei alimentații corespunzătoare
- sprijin psihologic adecvat

Oxygenoterapia:

Administrare:

- canulă nazală
- Masca de oxigen
- IOT

Reguli de administrare:

- Nu se administrează oxigen pur
- Amestecul de gaze conține oxigen (30-70%)
- Atenție la debit și concentrație !
- Barbotarea oxigenului (uscarea mucoasei respiratorii)
- Pacient supravegheat permanent
- Oxigen inflamabil ! (departe de surse de căldură, nu se lubrefiază canula)

Oxigenoterapia la domiciliu

- peste 15 ore
- pacient urmărit zilnic

Caz clinic 1

Pacientul X.Y. în vârstă de 45 ani se internează pentru xerostomie, xeroftalmie, dispnee cu accentuare progresivă.

A.H.C.: neagă

A.P.: Beta-talasemie minor

C.V.M.: corespunzătoare

Examen obiectiv

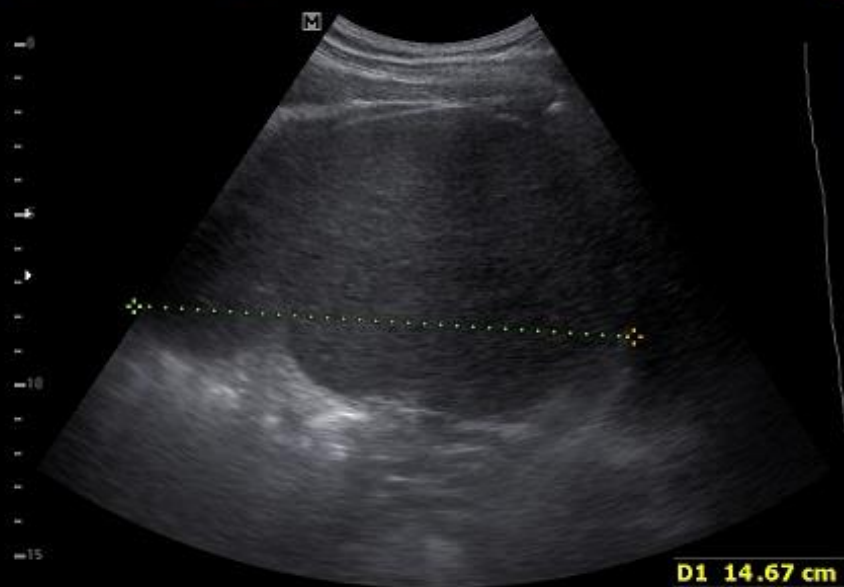


Explorări paraclinice

- Hb 11,6 g/dl, Ht 35,50%, Leucocite 4500 /mmc (Ly 1250/mmc), Trombocite 179000/mmc
- Frotiu periferic: hipocromie, micro-macroците, anizocitoză, poichilocitoză marcată, prezente schizocite și dacriocite
- VSH 25 mm/h, Fibrinogen 425 mg/dl, Proteină C reactivă LR, FR 289,7 ui/ml (< 14 ui/ml)
- Beta 2 microglobulina serică: 4,91 mg/l (1,09-2,53)
- Complement C3: 0,67 g/l (0,9-1,8)
- Complement C4: 0,05 g/l (0,1-0,4)
- Ecografie abdominală: LHD 170 mm (diametrul prerrenal), LHS 58 mm, LC 21 mm, structură hepatică hiperreflectogenă, omogenă, VP 9,41 mm, CBP 4,06 mm, liberă, colecist cu sludge biliar și pereți îngroșați, pancreas omogen (11 mm la nivelul corpului), splină 146,7 mm, RS, RD de aspect ecografic normal
Ecografie glande parotide: Parotidomegalie bilaterală, cu numeroase imagini rotund-ovalare hipoecogene, diametrul maxim 6,2 mm, calcificări intraglandulare, RI la nivelul arterei faciale transverse 0,72

[2D] G45/128dB/FA9/P90/F51/1

90

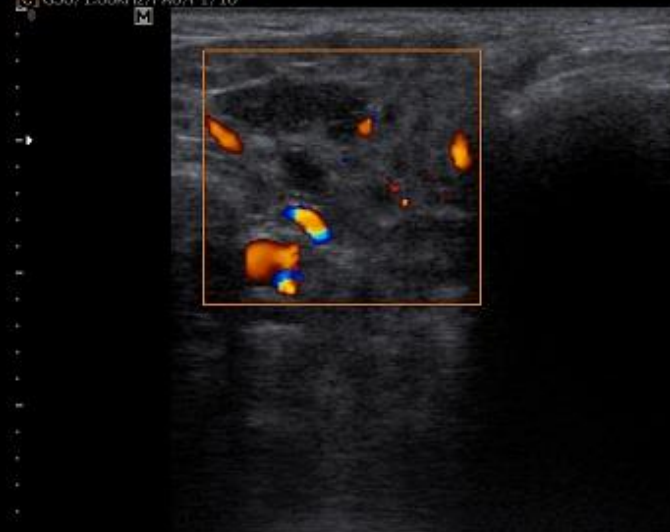


D1 14.67 cm

[2D] G50/102dB/FA10/P90/F51/1

[C] G50/1.00kHz/FA6/F1/10

M

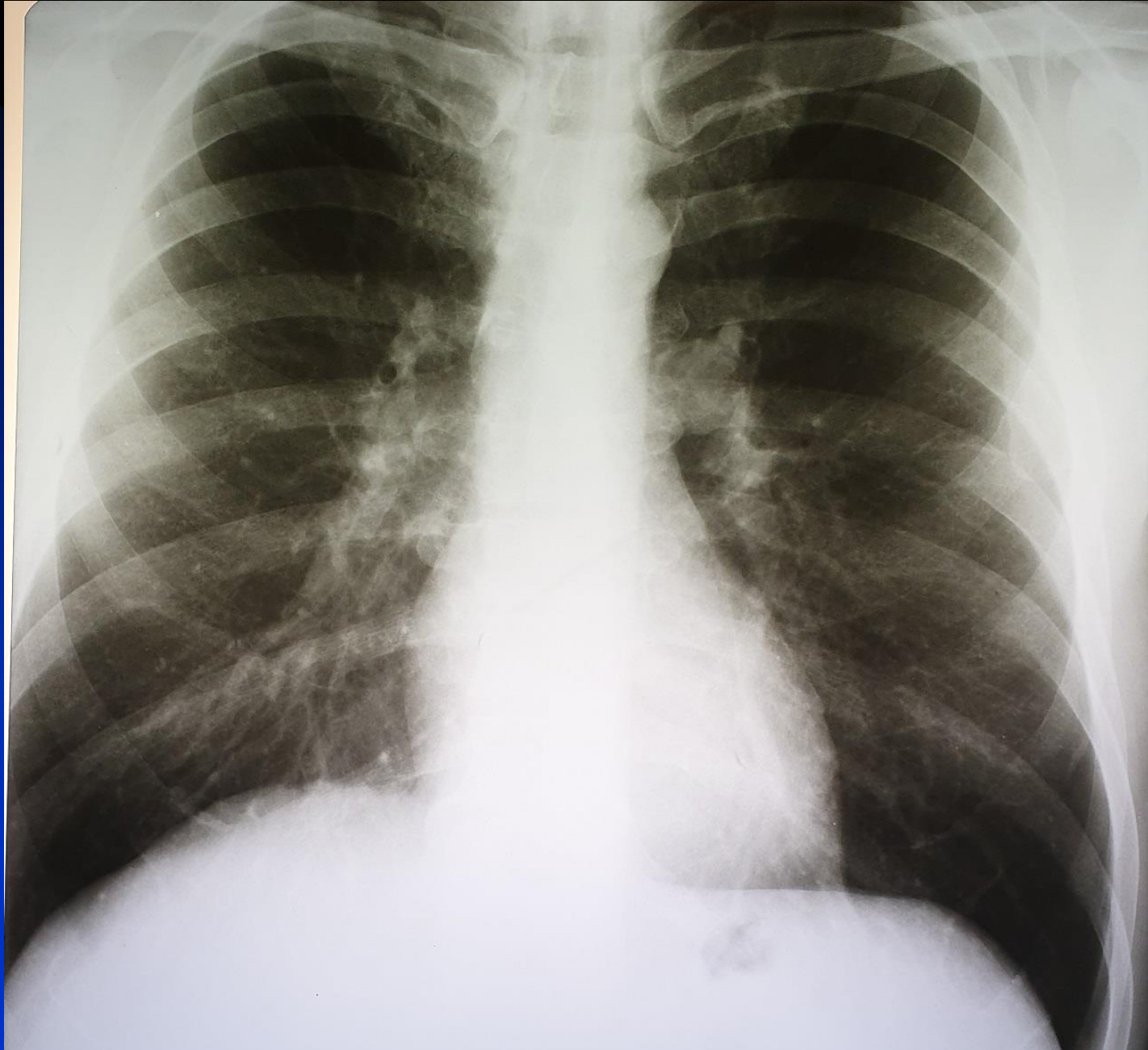


cm

0.5

-0.5

Radiografie torace



Spirometrie

FCV: 50%

FEV1: 46%

FEV1/FCV: 92%

FEF25-75: 72%

Disfuncție ventilatorie restrictivă formă medie

Diagnostic

Sindrom Sjogren primar cu afectare hematologică (Anemie secundară, Limfopenie), respiratorie (Pneumonită interstițială. Disfuncție ventilatorie restrictivă formă medie), serologică (ESSDAI 19)

Beta-talasemie minor

Tratament

Imuran

Plaquenil

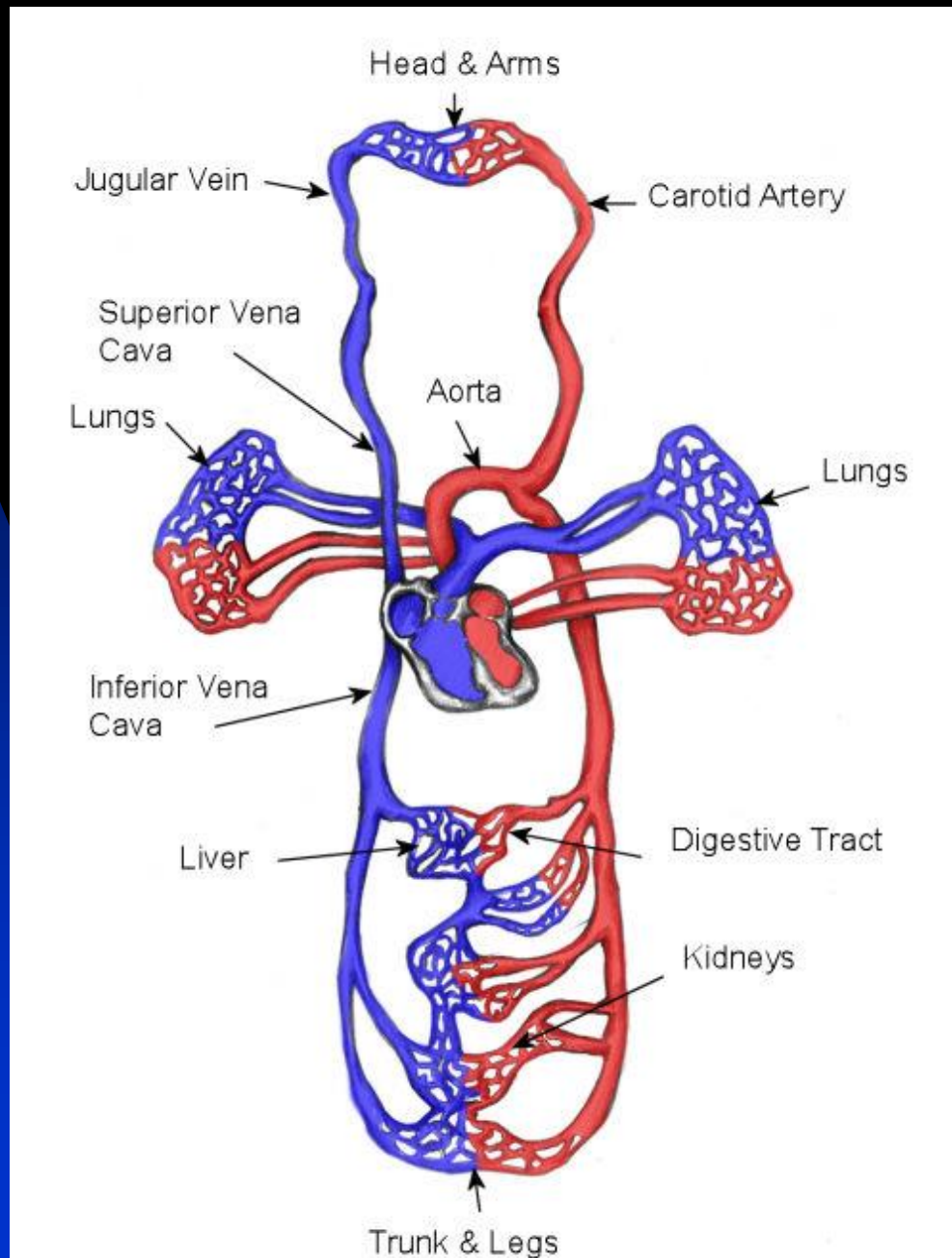
Acid folic

Bromhexin

Lacrimi artificiale

Salivă artificială

Nevoia de a avea o circulație adecvată



Durerea toracică de cauză cardiacă

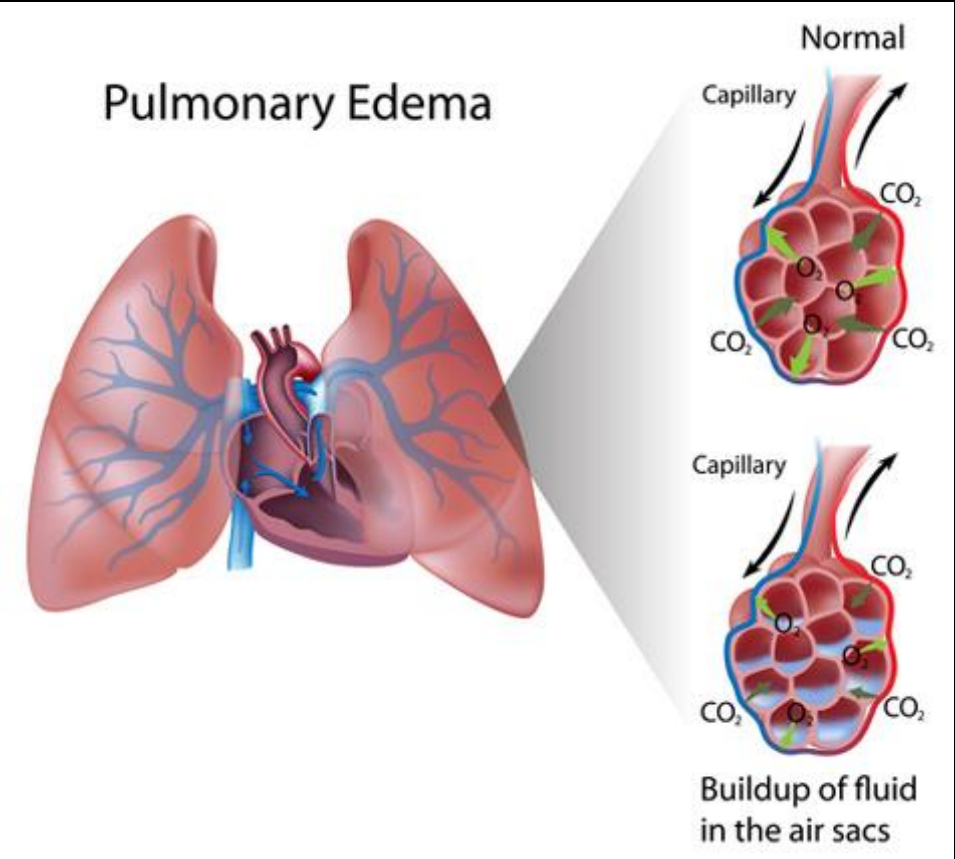
- ischemie miocardică
- pericardita acută
- junghiul atrial
- afecțiuni aortice
- infarct pulmonar/tromboembolism pulmonar

Dispneea de cauză cardiacă

Etiologie:

- insuficiență cardiacă
- edem pulmonar acut cardiogen
- tulburări de ritm (tahiaritmii, bradiaritmii)
- ischemie miocardică acută
- pericardită acută exudativă/tamponadă pericardică
- valvulopatii (stenoză mitrală !)
- afecțiuni cardiace congenitale

- # Pulmonary Edema
-
- The diagram illustrates the process of pulmonary edema. On the left, a normal lung is shown with clear air sacs. On the right, a magnified view of an air sac is shown, labeled 'Normal' and 'Buildup of fluid in the air sacs'. In the normal state, oxygen (O_2) moves from the capillary into the air sac, and carbon dioxide (CO_2) moves from the air sac into the capillary. In the state of pulmonary edema, fluid builds up in the air sac, hindering the exchange of gases.



Palpitațiile/Sincopa/Lipotimia

"Bătăi ale inimii pe care bolnavii le simt și îi incomodează"
(Laennec și Potain)

Etiologie:

- afecțiuni cardiovasculare (valvulopatii, cardiopatii congenitale, endocardită infecțioasă, boală cardiacă ischemică)
- cauze toxice (cafea, tutun, alcool, medicamente)
- afecțiuni endocrine (hipertiroidism)
- afecțiuni hematologice (anemii)
- cauze reflexe (aerofagie, hernie hiatală etc.)

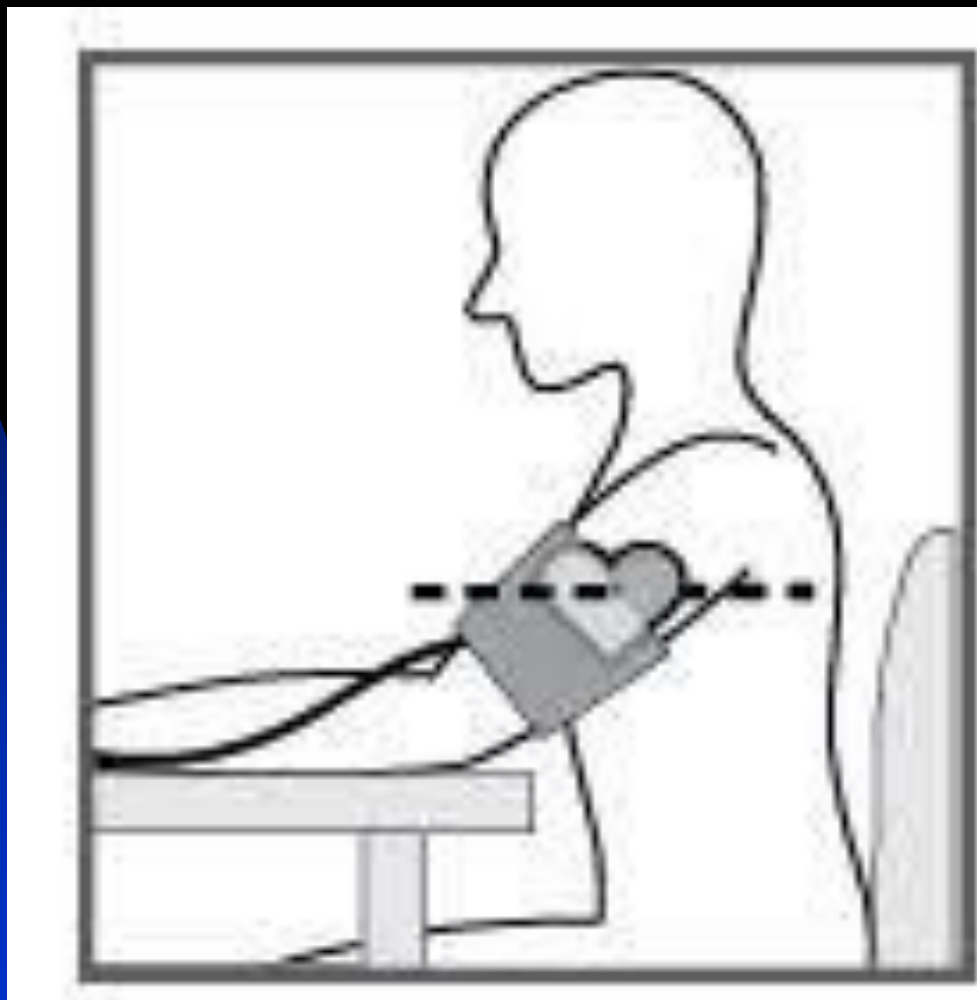
Palpitațiile pot apare în condițiile:

- unui ritm sinusal normal
- unui ritm cardiac heterotrop (extrasistole, fibrilație, flutter, blocuri AV de grad înalt)

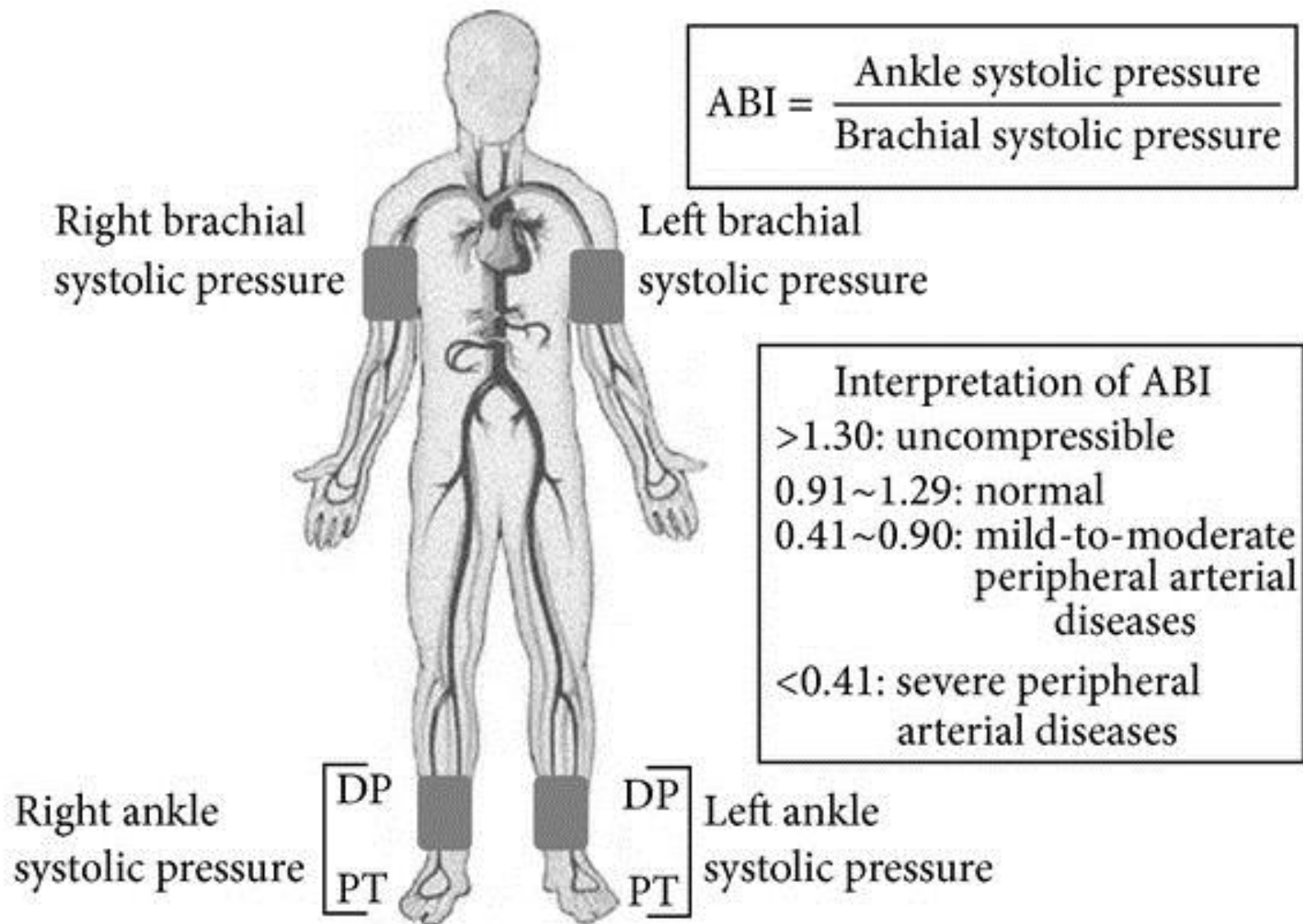
Sincopa: pierdere tranzitorie a stării de conștiență, în contextul unui episod de hipoperfuzie cerebrală, caracterizată prin debut brusc, durată scurtă, recuperare completă spontană.

Lipotimia: fenomen clinic, similar etiopatogenic sincopei, dar mai puțin sever (perturbare progresivă, incompletă stării de conștiență). Poziția clinostatică întrerupe evoluția lipotimiei.

Măsurarea tensiunii arteriale



Indicele gleznă-brăț





Caz 3



SAMSUNG

Shoulder/Knee

FPS24D
LN5-12

4.5cm
Res.

MI 0.65
TIs 0.1

2019-02-27
12:07:34 PM

[2D] G46/90dB/FA10/P90/FSI 1



M



SAMSUNG

Shoulder/Knee

FPS24D
LN5-12

4.5cm
Res.

MI 0.65
TIs 0.1

2019-02-27
12:09:46 PM

[2D] G46/90dB/FA10/P90/FSI 1



M

