

Infermieristica Clinica I (area medico-geriatrica)

Ictus cerebrale o stroke può derivare da un fatto:

- *ischemico* (un embolo che arriva in un vaso e lo ostruisce)
- *emorragico* (un vaso che si rompe) difficile da diagnosticare

T.I.A. accesso ischemico transitorio. Sintomatologia anamnestica (perde la memoria) e dura per circa un'ora

E.S.A. emorragia sub-aracnoidea

Nell'ictus la sintomatologia è molto più marcata rispetto al T.I.A.:

- paralisi di un lato del corpo, quello opposto all'emisoma colpito
- aumento pressione endocranica
- vomito
- nausea
- occhi vanno verso il lato lesa e differenze di diametro delle pupille. **Diplopia** vede doppio. **Emianopsia** si vede di meno nell'occhio lesa. Le pupille possono essere midriatiche (larghe) o miotiche (piccole) a contorni netti, contorni frastagliati
- la rima labiale è storta, afasia
- rilassamento dell'arto (è flaccido)
- arto inferiore extra ruotato e il piede equino

Fattori di rischio:

- abitudini alimentari
- fumo
- droghe
- ipertensione arteriosa
- problemi cardiovascolari
- contraccettivi

Esami diagnostici:

TAC CEREBRALE senza mezzo di contrasto (va ripetuto entro 48 ore)
ECG
EMOCROMO, GLICEMIA, AZOTEMIA, CREATININA, FOSFATASI ALCALINA, BILIRUBINA, TRANSAMINASI, GAMMA GT, TSH, FT3, FT4, LAVES, pt, ptt, TEMPO DI QUICK

Le patologie che possono simulare un ictus sono: *crisi isteriche, ipoglicemie, forti emicranie*

Come si accoglie un paziente con ictus ?

Dobbiamo prevenire il vomito, quindi va messo in decubito laterale (non quello lesa), va somministrata la terapia prescritta e va fatta una nutrizione parenterale (con il **manitolo** soluzione iperosmotica, diuretico e serve per assorbire l'edema). L'urina va fatta defluire lentamente con il catetere perché si può avere un'emorragia *exvacuo* con una conseguente macroematuria. Controllare diuresi, FC, FR, PA e saturazione

Se la persona si sveglia bisogna controllare se deglutisce (disfagia). Se non è in grado di deglutire si mette il S.N.G.

Nel paziente con Ictus i bisogni alterati sono:

- nutrizione (inizialmente si dà dell'acqua e poi con dei nutrienti già preparati)
- mobilizzazione (molte volte il paziente non si ricorda della parte lesa)
- comunicazione (il logopedista valuta il tipo di disturbo)
- eliminazione

La parte dove c'è la paresi non va presa la pressione e non vanno fatte flebo

La mobilizzazione va iniziata precocemente: viene fatta una ginnastica passiva ed eventualmente fino a una deambulazione autonoma)

DIABETE

MELLITO:

- **TIPO 1** diabete giovanile (età prescolare fino ai 18-20 anni) che insorge in maniera eclatante. La persona beve molto (polidipsia), mangia molto (polifagia), urina molto (poliuria), dimagrisce e ha astenia. Oppure la si può trovare in coma, con alito aceto anemico e respiro periodico (*coma chetoacidotico*). La persona dovrà curarsi tutta la vita con la terapia insulinica iniziando con una terapia rapida, poi intermedia e lenta (**glargine** lantus, tempo d'azione 24-30h). Quando vengono prescritte le insuline ne possono essere somministrate anche due diverse
- **TIPO 2** diabete dell'età avanzata, ha un'insorgenza latente e generalmente la persona è obesa. Se la persona dimagrisce e la glicemia rimane elevata si somministrano degli ipoglicemizzanti via orale e si fa una dieta, mentre nei casi più gravi si somministra l'insulina. Il diabete danneggia sia i grossi vasi che i piccoli vasi (problemi agli occhi, reni, cuore, nervi "*neuropatia diabetica*", arti inferiori e cerebrale)

INSIPIDO problema all'ipofisi

GESTAZIONALE donna in gravidanza

IPOGLICEMIA < 50mg/dl sintomi: giramenti, sudorazione fredda, tremori e vista annebbiata

IPERGLICEMIA > 180 mg/dl sintomi: sete, molta diuresi, mangia molto

Esami diagnostici:

GLICOSURIA, CHETONI, EMOGLOBINA GLICOSILATA (0,7/0,8), EGA (se è sfasato si interviene con soluzione fisiologica e sodio bicarbonato)

Alla persona con il diabete bisogna:

- monitorare il bilancio-idroelettrolitico (controllo del potassio)
- somministrare insulina in vena (la glicemia va diminuita lentamente perché si può avere un edema cerebrale)
- somministrare insulina sotto cute quando i valori sono accettabili
- ogni due ore controllare la glicemia e i corpi chetonici nelle urine

Si può fare una curva glicemica facendo dei prelievi durante la giornata:

- prima e dopo colazione
- prima e dopo pranzo
- nel pomeriggio

Si può fare una curva da carico di glucosio

L'insulina deve essere conservata in frigo mentre quella che viene finita in un giorno può anche restare fuori frigo

Le zone della somministrazione della terapia insulinica sono:

- deltoide
- coscia
- addome

Andrebbe somministrata 15-20min prima dei pasti ed esistono tre differenti metodi:

- siringa
- penna
- microinfusore (fissato all'addome) somministrazione continua

Una complicanza può essere la lipodistrofia

Per controllare il fondo dell'occhio (vasi retinici) si fa una fluorangiografia

Bisogna controllare bene gli arti inferiori perché possono comparire i primi segni di gangrena (punta di spillo nera di fianco al letto ungueale). Va medicata con impacchi di alcool

Ulcera diabetica (continuo odore dato dai batteri anaerobi) si lava con acqua ossigenata, si risciacqua con soluzione fisiologica e poi si benda. All'interno si possono anche mettere delle garze iodoformiche che hanno la capacità di assorbire molto le secrezioni. Dopo 24h si può fare il tampone e anche un emocoltura.

Bisogna fare un rx del piede per vedere se c'è un *osteomielite* e a volte viene anche richiesto l'arteriografia o angiografia (si fa un'iniezione di mezzo di contrasto a livello del braccio, e viene richiesto una tricotomia bilaterale) per la quale ci vuole il consenso del paziente

INDAGINI DIAGNOSTICHE

RMN (no le persone con protesi e bypass)

EEG

ECG

- INDAGINI RADIOLOGICHE (bisogna evitare donne gravide)
 - TAC (con o senza mezzo di contrasto e in narcosi con la presenza di un anestesista)
 - RX (ci sono rx torace parenchimale e rx torace osseo per le fratture)
 - CLISMA OPACO A DOPPIO CONTRASTO (si studia l'intestino per occlusione, sospetta neoplasia e presenza di sangue nelle feci)
- INDAGINI ENDOSCOPICHE
 - EGDS (esofago gastro-duodenoscopia)
 - ERCP (endoscopia retrograda colangio-pancreatica)
 - COLONSCOPIA (è importante che il paziente abbia l'intestino pulito)
- INDAGINI SCINTIGRAFICHE
 - ANGIOGRAFIA
 - SCINTIGRAFIA (tiroide, paratiroidi, reni, ossa, cuore e polmone. Vengono utilizzati dei radioisotopi e il paziente deve essere a digiuno)
- INDAGINI ECOGRAFICHE
 - ECO DOPPLER
 - ECOGRAFIA

Per un rx tubo digerente, il paziente deve essere a digiuno e si fa la mattina. Questa indagine serve per vedere se ci sono dei diverticoli o una stenosi

Per il clisma opaco il paziente viene posizionato in decubito laterale sinistro, viene inserita una sonda attraverso la quale viene iniettata del **bario** e poi dell'aria. Per pulire l'intestino ci va una bustina di SELG con un litro d'acqua per un totale di 4 buste

Per la gastroscopia il paziente deve essere a digiuno e messo in decubito laterale sinistro. Prima dell'inserimento della sonda viene spruzzato un anestetico

L'ERCP viene fatta per pazienti che hanno un ittero, una bilirubina alta, sospetti calcoli. A distanza di ore per la funzionalità pancreatica si controlla le *lipasi* e *amilasi* e per la funzionalità epatica si controlla *gamma gt*, *transaminasi*, *fosfatasi alcalina* e *bilirubina*. Prima di togliere il sondino naso-biliare si fa una colangio-RMN

Per la TAC con mezzo di contrasto (endovena o via orale) bisogna fare gli esami contrasto-grafici:

- funzionalità epatica (GOT, GPT, gamma gt, bilirubina, fosfatasi alcalina)

- funzionalità renale (creatinina, azotemia, Ben Jones)
- funzionalità tiroidea (FT3, FT4, TSH)

PANCREATITE

E' un'infezione del tessuto pancreatico che porta alla distruzione delle cellule del pancreas

CRONICA sintomatologia: dolori addominali (dolore a "cintura"), vomito, dispepsia, dispnea

ACUTA sintomatologia: febbre, nausea, vomito e nei casi più gravi pressione bassa, sudorazione fredda, pallore e stato di shock. E' causata da un'ostruzione dei dotti pancreatici dovuta a: calcoli, neoplasia, abuso di alcool, abuso di cibi grassi

Esami diagnostici:

RX ADDOME A VUOTO

ECO ADDOMINALE

Per la pancreatite si usa un antibiotico il quale principio attivo è il **gabesato** (per 48-72h 900mg al giorno). Il Ministero della Salute lo dà solo con una richiesta specifica di pancreatite

Sono pazienti che rimangono a digiuno finché i valori dell'amilasi e lipasi tornano a livelli normali

CVC

L'introduzione di un cvc è richiesto quando non ci sono vene a disposizione, per una terapia infusione prolungata, quando si devono infondere farmaci che possono rovinare le vene

Il cvc viene messo dal medico e il paziente viene posizionato in posizione supina con un cuscino sotto le spalle e le braccia lungo il corpo. Bisogna preparare:

- una soluzione di fisiologica con un deflussore
- un campo sterile
- delle garze
- disinfettante
- etile cloruro per l'anestesia
- del filo da sutura
- cerotto medicato

I vasi utilizzati sono la succlavia sinistra, la giugulare e più raramente la femorale (utilizzata dai nefrologi, il paziente non riesce a camminare e inoltre ha più rischio di infezione). Una volta introdotto il cvc si fa un rx torace per vedere che non ci sia un pneumotorace

Il cvc va medicato ogni 48-72h e quando è sporco. Rimane in sede anche più di un mese ma è bene cambiare i deflussori e i rubinetti. Il catetere va sempre aspirato e va fatto un lavaggio con della fisiologica

Il catetere si toglie prendendo una garza sterile e sfilando (prima vanno tolti i punti). Poi con delle forbici sterili si taglia la punta del catetere che viene messa in un contenitore sterile per fare l'esame culturale

Esistono anche dei cateteri bilume usati nei servizi di emodialisi

CIRROSI EPATICA

Patologia cronica del fegato che provoca alterazione delle cellule epatiche => sostituite dal tessuto cirrotico

Si manifesta non subito con segni evidenti. Cause:

- abuso di alcool
- forme virali (epatite)
- farmaci
- avvelenamento da funghi
- infiammazioni croniche dei dotti biliari
- uso di droghe

CIRROSI COMPENSATA

Ci sono dei valori epatici alteranti, sanguinamenti lievi (epistassi, gengivorragie), ematomi, immunodepressione, edemi a livello della caviglia. Il fegato è ingrossato e si ha dispepsia.

Il paziente è ancora lucido, si fa una ecografia addominale ed eventualmente una biopsia epatica (*test IVY*: si fa un taglio nell'avambraccio e si guarda il tempo che ci mette il sangue a coagulare). Viene fatta con paziente a digiuno, in posizione supina e con il braccio dietro la testa. Viene fatta in ecoguidata con un'anestesia locale

Si usa una siringa di Seldinger con una ago di c.ca 40cm. Quando viene tolto l'ago si fa una compressione manuale con tamponi di garza sterile, poi viene fatta una medicazione e viene controllato per 7-8h mettendo il paziente sul lato destro

CIRROSI SCOMPENSATA

Il fegato diventa fibrotico (piccolo e duro), c'è un'ostruzione della "porta" che causa ascite (dilatazione delle vene *caput medusae* attorno all'ombelico e dilatazione del distretto emorroideo e esofageo). Per l'ascite si danno dei diuretici e se non bastano si fa una paracentesi (si toglie il liquido accumulato nel peritoneo inserendo l'ago nel primo terzo di una linea immaginaria che va dalla cresta iliaca sinistra all'ombelico):

- occorre il consenso

- set con ago, raccordo, sacca e siringa
- a parte ci vuole il disinfettante, l'anestetico locale, garze sterili, guanti sterili, provetta e un cerotto medicato.
- esame citologico, culturale e chimico-fisico del liquido prelevato

L'ascite può portare a una peritonite batterica. Disturbo psichico dovuto all'aumento di ammonio, il paziente si alimenta e il fegato non metabolizza più (si può sentire dell'alito sgradevole). Quando si fa un prelievo di ammonio questo va inviato in laboratorio con del ghiaccio

Si fanno delle infusioni di **AA ramificati** per tre giorni al max per farlo risvegliare e si fanno anche dei clisteri medicati di **lattulosio** 2-3 volte al giorno

Un'altra complicanza possono essere le varici esofagee (processo che si instaura lentamente e in maniera asintomatica fino al sanguinamento), che in caso di ematemesi il trattamento è quello di infondere degli emoderivati (**emagel**) e altre soluzioni elettrolitiche. Inoltre è utile mettere un catetere vescicale per controllare uscite

Il paziente viene sottoposto a una endoscopia e nel punto in cui ci sono le varici esofagee si fanno delle punture sclerosanti. Viene anche usato il sondino di SENGSTAKEN BLAKEMORE a 4 vie

Ittero complicanza grave del paziente cirrotico che si manifesta con una colorazione giallastra delle mucose (labbra) e poi delle sclere

Melena feci liquide, non formate, appiccicose e odore pungente

TRASFUSIONI DI SANGUE

E' un atto medico e va pertanto prescritta ed effettuata dal medico

Per le trasfusioni di sangue si fanno due prelievi:

- gruppo sanguigno (l'infermiere firma la provetta)
- prelievo per cross a prove incrociate (un secondo infermiere firma a distanza di 15min c.ca. Inoltre il cross viene accompagnato da una modulistica in triplice copia)

Si può trasfondere sangue intero, emazie concentrate (indicate per aumentare l'apporto di O₂ ai tessuti), emazie concentrate lavate e plasma (anche l'albumina con il consenso)

- si va in due infermieri
- si identifica il paziente
- per i primi 5min poche gocce e si resta lì ad osservare il paziente
- una trasfusione deve terminare entro due ore e mezza dal momento in cui la sacca esce dall'emoteca
- se il paziente ha febbre non si può trasfondere sangue

Reazioni allergiche:

- eritemi
- iperpiressia
- emolisi
- morte

Un paziente durante la trasfusione non può mangiare e può iniziare soltanto un'ora dopo.

SCOMPENSO CARDIACO

Incapacità del cuore di pompare una quantità di sangue sufficiente fuori dal ventricolo le cause:

- insufficienza renale acuta o cronica
- shock emorragico => insuf. gittata cardiaca
- ipertrofia ventricolare
- insufficienza cardiaca
- infarto
- miocardiopatia dilatativa

Sintomatologia:

- edemi periferici (FOVEA)
- dispnea da sforzo
- alterazione del ritmo
- alterazione della pressione
- desaturazione
- diuresi ridotta

Paziente allettato in cui si rilevano i parametri (PA, FC, FR e saturazione), ECG, diuresi. Si fa una O₂ terapia.

Terapia:

Diuretici per endovena (controllare la PA almeno ogni 2 ore)

Lasix forte richiede la funzionalità renale (Na, K, creatinina e azotemia)

Revivan che ha la funzione di diuretico quando usato in una bassa concentrazione, mentre usato ad alta concentrazione nei casi di shock ipovolemico. Se il revivan stravasa si può avere necrosi del tessuto e non si possono infondere altri farmaci nella stessa vena

Cardiovascolari per via orale

Lanoxin (digossina) viene somministrato in piccole quantità perché può dare disturbi gastrointestinali (nausea e vomito), cardiaci (cefalea, bradicardia o tachicardia) e accumulo di liquidi

Cordarone (amiodarone) beta bloccante che viene somministrato quando subentrano delle complicanze e viene diluito nella glucosata. Come effetti collaterali può dare cefalea e ipotensione. Va sempre infusa con la pompa peristaltica

Il paziente non deve bere e mangiare e poi si controlla ECG. Può succedere che vada in edema polmonare e in questo caso si aumenta il cordarone. Può insorgere l'acidosi respiratoria che si tratta con soluzione bicarbonato alla concentrazione di 1,4% e 8,4%. Poi si fanno degli EGA

L'RX torace si fa per vedere l'ombra cardiaca, ma anche per vedere se c'è del liquido

Con l'ECOCARDIOGRAMMA si vede l'indice di eiezione (molto importante) oltre alla funzionalità valvolare

Un paziente scompensato può ripresentare altri scompensi nel tempo, ed è molto importante che faccia dell'attività fisica perché aiuta la perfusione renale e il ritorno venoso (appena avverte apnea deve fermarsi)

Inoltre deve imparare a pesarsi e a raccogliere le urine, perché se ad esempio aumenta di 3-4kg in pochi giorni deve assumere più diuretici

INSUFFICIENZA RENALE ACUTA

Cause:

- calcoli
- ipertensione
- shock emorragico
- trasfusione sbagliata

Per dializzare una persona dializzata occorrono due vie centrali e una macchina

Questa macchina che costituisce un filtro o il rene artificiale è collegato a dei tubi che vanno ad afferire ai cateteri delle vie centrali. Il filtro contiene una membrana che permette il passaggio del sangue, il passaggio e un bagno di dialisi dalla parte opposta

Strumenti che permettono il rilevamento dell'attività cardiaca:

- ECG
- OLTER
- TELEMETRIA

L'ECG è costituito da 6 precordiali e da 4 periferiche

Le prime due precordiali (V_1 e V_2) vanno nel quarto spazio intercostale

V_3 sotto V_2

V_5 emiclaveare (sotto capezzolo)

V_4 tra V_3 e V_5

V_6 sottoascellare

ONDA P indica il passaggio dell'impulso dal nodo senoatriale al nodo atrioventricolare

ONDA Q (invertita o assente) può essere indice di infarto. Quando ci sono due triangoli vicini vuol dire che c'è un pacemaker

Fibrillazione atriale si formano tanti focus ectopici, cioè delle cellule che non rispondono più al nodo senoatriale

Fibrillazione ventricolare

FLUTTER ATRIALE è più alta la frequenza della fibrillazione

FLUTTER VENTRICOLARE

INFARTO DEL MIOCARDIO

Si intende l'ischemia o la necrosi di un distretto del miocardio

Sintomatologia:

- dolore allo sterno (opprimente) che dura per diverso tempo e si può irradiare al braccio sinistro, al mignolo, alla mandibola
- dolore allo stomaco con nausea e vomito. A volte viene scambiato per indigestione

Si fanno degli enzimi cardiaci (**troponina**, **CPKMB**, **CPK**), un ECG, mettiamo l'O₂ e viene data della morfina per il dolore

La morfina non va mai infusa in bolo perché può provocare un arresto respiratorio

La fase post-infartuale è pericolosa dopo la dissoluzione del trombo perché i farmaci possono provocare un'emorragia

BIOPSIA OSSEA

Si va a prelevare un frammento di osso o di midollo osseo (frustolo), il paziente non deve essere a digiuno e si mette in posizione prona. Il prelievo viene fatto nella cresta iliaca posteriore mentre nei bambini nella tibia. Questo tipo di esame si fa a pazienti che si sospetta una patologia ematologica.

- guanti
- camice
- mascherina
- campo sterile
- disinfettante
- garze
- siringa per anestesia

TORACENTESI

Si fa per prelevare il liquido formato tra le due pleure (parietale - viscerale) che comprime il polmone fino a farlo collassare. Per vedere se c'è del liquido si fa un rx torace.

Per fare la toracentesi il paziente deve essere in posizione seduta con piedi e braccia appoggiate.

Il liquido sul quale poi si farà un esame culturale, citologico e chimico-fisico può essere di tre tipi:

- ematico (processo neoplastico)
- ematico sieroso (")
- sieroso

BPCO

Ostruzione delle vie aeree che associa altre patologie:

- enfisema polmonare (il tessuto polmonare è alterato e si rompono gli alveoli)
- asma polmonare (le vie aeree si restringono)
- bronchite cronica (pareti dei bronchi più spesse e gonfie)

I pazienti con questa patologia non riescono ad espellere le sostanze e così producono e accumulano muco che si infetta. La terapia per questi pazienti è:

- O₂ terapia a permanenza
- culturali dell'espettorato, chimico-fisico e citologico
- cortisonici (alterazione della glicemia)
- fluidificanti
- si possono associare anche dei diuretici

Il medico di reparto può prescrivere fino ai 50l di ossigeno al mese per il paziente a domicilio e lo fornisce la farmacia. Oltre i 50l lo prescrive il pneumologo.