

## ISTORICUL HIPOTENSIUNII ARTERIALE

Se fac referiri mai serioase la existența unor diferențe de presiune arterială, abia după ce s-au făcut demonstrații de determinare a acesteia.

Astfel , cronologic , **Stefan Hales** (1677 – 1761) vicar din Teddington a făcut prima încercare de a măsura presiunea sângelui în artera femurală la cal (1732). Sângele urca într-un tub de sticlă conectat la “ capătul arterial” cu o tranșee de gâscă . Preotul a observat că variațiile coloanei de sânge sunt sincrone cu bătăile inimii (a publicat observațiile în “Statistical Essays” , 1769).

Alte încercări de reținut : **Jean Marie Poiseville** (1799 – 1869) tot cu un tub de sticlă, în formă de U în 1828 , celebrul fiziolog german **Carl Ludwig** din Leipzig (1816 – 1895) folosește aparatul Poiseville adăugându-i o coloană de mercur.

La om prima măsurare a tensiunii arteriale a fost făcută în 1856 de către **Jules Faivre** la Lyon . El a apreciat valoarea sistolică 120 mm Hg .

Cunoscutul ciclician parizian **Pierre Potain** a creat în 1802 pe stămoșul tensiometrului de azi , respectiv peloata cu aer pe care o aplică pe artera radială și apasă până la dispariția pulsului radialei era tensiunea maximă , pe care se citea pe cadranul unui manometru din metal.

Medicul rus **N. Korotov** a unit tehnica cu auscultația prin steteoscop în 1905 .

## **DEFINIȚIA**

### **HIPOTENSIUNII ARTERIALE**

Hipotensiunea arterială este un sindrom clinic caracterizat prin scăderea valorilor tensionale sub 100 mm Hg pentru tensiunea sistolică și sub 65 mm Hg pentru cea diastolică .

În funcție de durată , hipotensiunea poate fi trecătoare sau de durată .

În funcție de etiologie se deosebesc :

- hipotensiunea arterială esențială ;
- hipotensiunea simptomatică ;
- hipotensiunea ortostatică ;

# CLASIFICAREA HIPOTENSIUNII ARTERIALE

Putem clasifica hipotensiunea arterială în :

- I. HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ PRIMARĂ (ESEŢIALĂ)
- II. HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ SECUNDARĂ (SIMPTOMATICĂ)
- III. HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ ORTOSTATICĂ

I. Hipotensiunea arterială esenţială nu are cauze precizate .

II. Hipotensiunea arterială secundară poate fi declanşată de :

## 1. BOLI CARDIOVASCULARE

- Infart miocardic (IMA)
- Miocardita acută
- Pericardită exudativă şi constructivă
- Valvulopatia (stenoza mitrală şi aortică)
- Insuficienţă cardiacă cu debit scăzut
- Varice voluminoase
- Embolie pulmonară masivă
- Disecţie de aortă

## 2. BOLI ENDOCRINE

- Insuficienţă hipofizară anterioară (sindrom **SIMMONDS**)
- Insuficienţă tiroidinală (Mixedem)
- Insuficienţă corticosuprarenală (boala **ADDISON**)
- Insuficienţă gonadică (Climaterium)

## 3. BOLI NEUROLOGICE

- Scleroza multiplă
- Siringo-Mielie
- Miopatii
- Neuropatii metabolice (diabet zaharat , anemia pernicioasă , caşexie)
- Boli idiopatice (sindromul **SHY – BROJER**)

## 4. INFECȚII

- Stări postinfecţioase (septicemii diverse)

## 5. INTOXICAȚII

- alcool metilic
- nicotină
- benzol

- medicamente hipotensive
- **CLONIDINA**
- **METIL-DOPA**
- **GUANETIDINA**

## 6. ALERGIE

- Șocul astmatic

## 7. CAUZE CHIRURGICALE

- Simpatomie dorso-lombară

În general hipotensiunea arterială esențială este consecința tulburărilor mecanismelor de auto reglare neuro-endocrine al homeostaziei arteriale.

Hipotensiunea arterială esențială afectează 2-4% din populația adultă și predomină la bărbații de vârstă medie.

Boala poate să aibă un caracter simptomatic sau asimptomatic , dar o voi prezenta mai pe larg în rândurile ce urmează.

# 1. HIPOTENSIUNEA ARTERIALĂ ESEȚIALĂ (PRIMARĂ)

Vorbim de hipotensiune arterială când valorile tensiunii maxime , la adult , scad sub 100 mm Hg și când persoanele cu aceste valori prezintă fenomene subiective supărătoare. Se cunosc valori tensionale arteriale scăzute la persoane care nu au nici un fel de suferințe subiective , de obicei la vagotonici , adică la cei care au un debit circulator mai scăzut , o rezistență periferică ceva mai crescută și cu toate acestea nevoile circulatorii sunt acoperite .

De altfel , fenomenele clinice din hipotensiune pot apare și la persoane cu valori tensionale normale , ceea ce înseamnă că nu este vorba doar la nivelul tensiunii , ci , mai degrabă , de o adaptare nepotrivită , în urma mecanismelor regulatorii insuficiente , mecanisme ce au ca urmare fenomene de insuficiență în irigație , oboseală sete de aer , palpitații , precum și alte manifestări , rezultate ale deficienței sistemului regulator al circulației .

## ASPECT CLINIC

Senzația de slăbiciune este simțul cel mai constant și mai supărător .

Bolnavul se scoală dimineața obosit , starea de oboseală crește în cursul zilei ceea ce duce la un randament scăzut în activitate .

Alteori starea de oboseală apare numai după eforturi mici sau mijlocii , dar se menține mult timp , situație ce se răsfrânge asupra psihicului bolnavului dându-i o stare de depresie , irascibilitate , tulburări de somn .

## LIPOTIMIILE ȘI SINCOPELE

Lipotimiile și sincopelile sunt accidente trecătoare care survin cu ocazia unei emoții , efort violent , după schimbarea bruscă a poziției . În aceste împrejurări bolnavul are vertij ușor , apoi pronunțat , tulburări de vedere , amețeli , zgomote în urechi.

Uneori această stare evoluează până la pierderea , pentru scurt timp a cunoștinței , alteori se oprește la starea de amețelă și vâjâieli în urechi .

Acrocianoza este mai obișnuită la femei .

Tegumentele mâinilor sunt roz cu pete violacee , adesea cu transpirații reci , mai accentuate iarna . Este urmarea unor tulburări circulatorii locale și a dilatării anșelor capilare venoase .

Tulburările amintite nu apar în mod obligatoriu , chiar dacă tensiunea este mai scăzută , ceea ce demonstrează posibilitățile de adaptare a organismului.

Semnul obiectiv îl constituie scăderea tensiunii arteriale sistolice la valori sub 100 mm Hg . Ceea ce este important este faptul că aceste valori se mențin scăzute și interesează atât tensiunea maximă , cât și pe cea minimă și medie .

Efortul poate scădea și mai mult tensiunea , ceea ce duce la apariția semnelor subiective amintite.

Cât privește inima , relațiile sunt normale . Uneori există o aritmie extrasistolice .

Examenul radiologic poate pune în evidență “inima în pictură” .

## EVOLUȚIE

Evoluția hipotensiunii arteriale este relativ staționară . Adesea pe fondul de hipotensiune permanentă se agravează crize de hipotensiune paroxistică . Este contraindicată rahianestezia și , în general , punșiunile rahidiene trebuiesc executate cu precauție , deoarece pot interveni scăderi tensionale și mai accentuate cu colaps .

Hipotensiunea arterială esențială se prezintă sub două aspecte clinicopatogenice.

Întâlnim o formă constituțională endocrino-neuro-vegetativă acționată prin intermediul antehipofizei asupra centrilor mezencefalici , însoțită de multiple fenomene vegetative : pielea uscată cu reducerea secreției de sudoare , constipație , hipotermie , lipsă de inițiativă , somnolență . Se prezintă adesea în cadrul așa numitei “slăbiri endogene” a fetelor și a femeilor tinere cu dismenoree sau la persoanele longiline , astenice , unde apare o adevărată hipotonie generală fizivă și psihică .

O altă formă e hipotonia prin epuizare .

Apare la bărbați sau la femei angajați în activități fizice sau psihice intense , fără suficientă adaptare și pregătire prealabilă pentru aceste cerințe . La aceștia se instalează o stare de hipotoniie arterială cu astenie , cu incapacitatea de a face față la cele mai mici eforturi , cu impotență sexuală .

Pe lângă reglementarea activității se recomandă și un tratament sedativ , evitarea excitanților iar la bărbați se administrează testosteron 10 – 25 mg pe săptămână timp de 1 – 2 luni.

În esență , hipotensiunea arterială esențială este caracterizată prin dereglarea neuro-hormonală a tensiunii arteriale , cu tendință spre valori scăzute , ce se află în opoziție cu dereglările din hipertensiunea arterială .

Prognosticul hipotensiunii arteriale este bun . Se menționează chiar longevitate .

## TRATAMENT

HTA esențială în absența unei crize cunoscute , are uneori un caracter familial și se întâlnește și la cei care fac mari eforturi intelectuale . Se datorește mecanismelor nervoase și endocrine care mențin reglarea circulației . Boala este și asimptomatică , depistarea fiind întâmplătoare . Există și forme clinice cu simptome atribuite de obicei unei nevroză : cefalee occipitală , insomnii , palpitații , transpirații .

În unele cazuri pot apărea manifestări lipotimice , mai rar sincope .

hTA esențială este permanentă și are un progres bun.

Forma asimptomatică nu necesită vreun tratament . În formele clinice cu manifestări subiective se recomandă psihoterapia (lămurirea și încurajarea bolnavului asupra lipsei de pericol a bolii) , evitarea surmenajului fizic sau intelectual , un regim de viață igienic , cu ore suficiente de somn , plimbări în aer liber , practicarea moderată a culturii fizice , masaj , dușuri de înviorare , alimentație de calitate și completă .

Dacă nu există alte contraindicații , cafeaua și alcoolul sunt permise în cantități moderate .

## 2. HIPOTENSIUNEA ARTERIALĂ SECUNDARĂ SIMPTOMATICĂ

hTA simtomatică se întâlnește în insuficiență supra renală , intoxicație cu alcool sau nicotină , boli cronice cașectizante pericardita constructivă , stenoza aortică sau mitrală , tumori cerebrale .

Prognosticul este al bolii de bază .

Tratamentul se adresează îndeosebit afecțiunilor cauzate și în al doilea rând hTA , pentru care măsurile terapeutice sunt similare cu tratamentul hipotensiunii esențiale.

## **A. HIPOTENSIUNEA CEREBRALĂ IZOLATĂ**

Hipotensiunea cerebrală izolată poate fi permanentă sau poate apărea sub formă de crize , pe un fond de ușoară hipotensiune cerebrală permanentă .

Caracteristică , la acești bolnavi , este prezența fenomenului hTA în condițiile unei TA umerale cu valori normale . Este scăzută numai tensiunea arterei centrale a retinei.

Este vorba de o dereglare tensională regională .

Când hTA apare în crize , manifestările de hTA apar numai când bolnavul se scoală brusc din pat , la emoții sau la efort .

Caracteristic pentru acești bolnavi este menționarea , între limite normale a tensiunii arterei centrale a retinei , atâta vreme cât stau în decubit dorsal și scade brusc în poziția de ortostatism .

Semnele clinice sunt asemănătoare cu cele din hipotensiunea generală.

În crize de hipotensiune se poate administra apă distilată , intravenos 20 ml zilnic , timp de 10 – 15 zile

## **B. INSUFICIENȚA SUPRARENALĂ- BOALA ADDISON**

Boala Addison sau insuficiența cronică a glandelor suprarenale se datorește incapacității suprarenalelor de a produce și secreta hormonii în cantitatea cerută de nevoile organismului .

### **ETIOLOGIE**

Insuficiența suprarenală este urmarea unui proces distructiv al auprarenalelor , cel mai adesea de natură tuberculoasă , fapt pentru care orice addisonian trebuie întrebat dacă a avut o afecțiune baciliară (infiltrat pulmonar , pleurezie , tuberculoză plumonară) , o cauză este y este și atrofierea glandelor suprarenale , ca urmare a unui proces de auto-imunizare . Mai rar boala este provocată de sifilis sau de o hemorogie intraglanduară.

### **SIMPTOME**

În faza de debut boala prezintă următoarele simptome : oboseală , lipsa poftei de mâncare , hipotensiune arterială , ușoară scădere în greutate , care nu au nimic caracteristic și de aceea boala poate fi confundată cu afecțiuni care au manifestări similare .

Cu timpul însă , simptomele se accentuează și alarmează pe bolnav.

Oboseala fizică și cea intelectuală devine intensă , fiind mai pronunțată în cursul dimineții . Starea bolnavului se învionează spre seară . o manifestare tipică a bolii este hiperpigmentarea tegumentelor și mucoaselor .

Hiperpigmentarea este cu atât mai intensă cu cât insuficiența supra renală este mai severă . Atenția este reținută de prezența unor pete pigmentare de culoare brună-cenușie pe părțile descoperite ale corpului , pe față , coate , genunchi , la nivelul liniilor palmare și al eventualelor cicatrici operatorii . Este caracteristică , de asemenea , hiperpigmentația brună a aerelor și a organelor.

Un semn important pentru recunoașterea afecțiunii îl constituie prezența petelor , pigmentarea pe mucoasa bucală Addison , fiind consecința deshidratării prin pierdere excesivă de clorură de sodiu , datorită tulburărilor digestive (anorexie , vărsături , denutriție). În toate cazurile tensiunea arterială este scăzută sub 100 mm Hg . Addisonienii au diverse manifestări nervoase : iritabilitate , apatie , negativism , anxietate .

Ulcerul duodenal este frecvent asociat cu boala Addison .

În astfel de cazuri , tratamentul cu cortizon trebuie făcut cu multă precauție .

Tulburările în sfera sexuală (scăderea sau pierderea potenței și a fertilității) sunt frecvente la bărbații addisonieni . La femei sarcina este un factor agravant al bolii .

Tratamentul cu cortizon remediază în bună parte tulburările ivite în sfera sexuală . Atât bolnavul cât și personalul sanitar care îl îngrijește trebuie să știe că addisonienii sunt foarte fragili . Numeroși factori ca eforturile fizice și intelectuale , bolile febrile intervențiile chirurgicale , frigul și căldura excesive dezechilibrează ușor organismul . În aceste condiții pe care un organism sănătos le suportă cu ușurință , starea addisonianului se înrăutățește brusc . Tensiunea generală se prăbușește , apar vărsături și diaree , bolnavul nu se mai poate alimenta și poate intra în comă .

## **DIAGNOSTIC**

Boala Addison trebuie suspectată la toți hipotensivii care se plâng de oboseală , lipsă de poftă de mâncare și de pierdere în greutate .

Deosebit de valoroase pentru diagnostic sunt examenele de laborator și dozările de hormoni steroizi suprarenali . Între analizele de laborator , locul principal îl dețin dozările de potasiu în sânge și urină . Concentrația sodiului și a potasiului reflectă activitatea hormonilor mineralocorticoizi ale potasiului în sânge (peste 45 mEq/l) și concentrației scăzute ale sodiului sanguin (sub 45 mEq/l) .

## **TRATAMENT**

Aplicarea în ultimele decenii , pe scară largă , a preparatelor sintetice de glucocorticoizi (cortizon , acetat , Prednison ) a simplificat mult tratamentul bolii Addison , făcând dintr-o boală gravă o afecțiune compatibilă cu viața .

## C. INTOXICAȚIA CU ALCOOL METILIC

Hipotensiune apare și în intoxicația cu alcool metilic.

Această intoxicație se caracterizează prin fenomene grave , rapid mortale , cu sau fără fenomene oculare .

Fenomenele de intoxicație apar după o perioadă de latență de la 11 la 36 ore .

Apar : starea ebrioasă , alterarea sării generale , amețeli , senzația de slăbiciune , cefalee outernică , somnolență , vărsături , diaree , dureri abdominale , facies cianotic , transpirații , tahicardie , dispnee , hipotensiune arterială . Intoxicatul acuză senzația de constricție toracică . Se instalează coma , însoțită de hipotermie , hipotensiune și uneori , edem pulmonar acut . Apar destul de precoce tulburări de vedere (“văd ca prin ceață”) și uneori , alterări ale perceperii culorii . Apar fenomene nervoase . Coma este agitată , însoțită de crize de contracturi tetaniforme sau / și convulsii .

Se instalează acidoza , care trebuie eficient corectată și este un important element de prognostic . Bolnavul trebuie supravegheat minim 5 zile (timpul de eliberare a metanolului din organism ) .

### TRATAMENT

Antidotul este alcolul etilic , care blochează metabolismul alcoolului metilic și favorizează eliminarea acestuia din urmă din organism . Se administrează o soluție de alcool etilic 50% din 4 în 4 ore , câte 0,5 ml /Kg corp .

## D. INTOXICAȚIA CU NICOTINĂ

Se înregistrează hipotensiunea arterială și în cazul intoxicațiilor cu nicotină . Pe lângă simptom se mai înregistrează : arsuri-faringiene și epigastrice , colici abdominale , vărsături , diaree , tulburări respiratorii , prăbușirea tensiunii arteriale până la deces , paloare , sudori , cefalee , ambliopie , vertij , plus accentuat , somnolență , frisoane , respirație superficială .

De menționat că în cazul tratamentului nu se știe un antidot specific , dar se intervine cu spălături gastrice cu cărbune activat , permanganat de potasiu , provocare de vărsături , administrare de purgative , oxigenoterapie , tratament specific pentru insuficiența circulatorie acută , tratamentul convulsiilor , dacă este cazul .

## CONCLUZII

Hipotensiunea arterială poate apare , mai mult sau mai puțin accentuată în cadrul unui mare număr de boli cronice . Adesea sunt greu de precizat caracterul esențial sau secundar al hipotensiunii . Hipotensiunea arterială acută face parte din insuficiența cardio-circulatorie .

Hipotensiunea arterială secundară se constituie ca un simptom în cadrul bolii respective.

Hipotensiunea arterială poate apărea : după unele boli infecțioase (febră tifoidă , viroze ) , în anemiile severe , boli caracterizante ( tuberculoza , cancer ) , în cursul sindroamelor endocrine ( mixedem , insuficiență suprarenală ) , bolile ficatului (ciroză ) , scleroză cerebrală , stările după infart miocardic , în varice extinse ale membrelor inferioare , în visceroptotă cu insuficiența peretelui abdominal , în depresia melancolică , psihastenie , în bolile carentiale , în distrofia alimentară .

### 3. HIPOTENSIUNEA ORTOSTATICĂ

Ceea ce este esențial în hipotensiunea ortostatică este faptul că acești bolnavi se simt bine și cu tensiunea arterială normală în poziție culcată , dar prezintă o stare de rău care poate merge până la starea sincopă , cu scăderea pronunțată a tensiunii arteriale când se ridică în poziție ortostatică sau când rămân în picioare timp îndelungat.

În mod normal , în ortostatism , tensiunea maximă oscilează în jurul valorilor sale în poziție culcată .

Practic , vorbim de hipotensiune arterială ortostatică numai când maxima scade , în ortostatism , cu cel puțin 20 mm Hg . Cifrele cele mai obișnuite de scădere a maximei sunt între 40 – 80 mm Hg .

Scăderea tensiunii este bruscă sau progresivă și interesează în general atât maxima cât și minim .

Scăderile tensionale în ortostatism pot apărea la orice valori tensionale provocând aceeași simptomatologie , chiar și la persoane care au valori peste cele normale în poziție culcată.

Tulburările subiective sunt multiple variind de la o simplă stare de rău , cu fatigabilitate , până la starea de sincopă . Fenomenul apare mai ales după o stare prelungită de decubit , dimineața la scularea din pat , sub forma tulburărilor de vedere , auditive , vâjâieli în urechi , vertij . Alte ori apar scurte absențe sau pierderea memoriei pentru scurt timp . Bolnavii devin palizi , voce slabă , și dacă nu se întind pe pat poate surveni sincopa.

Hipotensiunea ortostatică poate avea un caracter esențial sau poate apărea ca o formă secundară , consecutivă unor boli generale și ale sistemului nervos.

Semnele clinice sunt asemănătoare în ambele împrejurări .

**PATOGENEZA HIPOTENSIUNII ORTOSTATICE** este mult discutată.

În orice caz este vorba de o insuficiență adaptare posturală a sistemului regulator al tensiunii arteriale , o insuficiență a vasoconstricției ortostatice.

În mod normal ortostatismul produce prin mecanismul reflex o constricție a vaselor splanhnice și astfel se menține și în poziție ortostatică presiunea sanguină normală . La hipotensivii ortostatici acest mecanism lipsește sau nu este suficient .

## **TRATAMENT**

Se recomandă bandaje elastice aplicate membrilor inferioare și o centură abdominală , pe lângă tratamentul expus la hTA esențială .

S-a recomandat și un tratament chirurgical , denervarea sinusului carotidian uni sau bilateral , dar eșecurile au întrecut succesele .

Radio terapia sinusurilor carotidiene nu a dat rezultate scontate .

## **CONCLUZII**

Hipotensiunea ortostatică este o formă clinică însoțită de lipotimii , uneori de sincope , care apar cu ocazia trecerii de la clinostatism la ortostatism . Exist forme esențiale , întâlnite la bolnavii înalți și slabi , și forme simptomatice , observate în boli grave cașectizante , în unele afecțiuni neurologice , în insuficiența suprarenală etc .

Se consideră că boala se datorește insuficienței reflexelor vasoconstrictoare , care face ca sângele să se acumuleze în vasele membrilor inferioare , rezultând o ischemie cerebrală trecătoare .

Trecera de la clinostatism la ortostatism se însoțește de o scădere a tensiunii arteriale cu peste 20 mmHg . Pulsul scade și apar amețeli , lipotimii sau chiar sincope .

Tulburările survin la câteva minute după schimbarea poziției . O formă particulară a fost descrisă la indivizii de peste 40 de ani , caracterizată prin hipotensiune .

# ETIOLOGIA

## HIPOTENSIUNII ARTERIALE

Hipotensiunea arterială poate apare în cadrul unui mare număr de boli cronice și atunci luăm în discuție factorii etiologici care au generat afecțiunea de bază , care a determinat apariția hipotensiunii arteriale ca simptom , dar hipotensiunea arterială poate apare ca boală de sine stătătoare a cărei cauze sunt mai greu de precizat . În acest caz vorbim de hipotensiune arterială esențială . Este foarte greu de precizat caracterul esențial sau secundar al hTA .

În general hTA acută are ca mecanisme declanșatorii insuficiența cardio-circulatorie sau perturbarea mecanismelor endocrinoneurovegetative .

Nu trebuie negat nici aspectul traumelor emoționale având în vedere că o mare eficiență în tratarea hTA , s-a dovedit a fi psihoterapia .

În cadrul capitolului consacrat clasificării hTA acesta s-a realizat având la bază chiar factori etiologici , așa că ne vom rezuma numai a-i aminti pe cei care privesc hTA simptomatică .

- Aceștia sunt :
- factori cardio-vasculari ;
  - factori endocrini ;
  - factori neurologici ;
  - factori infecțioși ;
  - factori alergici ;
  - factori toxici ;
  - factori chirurgicali ;

## TABLOU CLINIC

TABEL NR.1 TABLOUL CLINIC AL HIPOTENSIUNI ARTERIALE

SIMPTOME
OBOSEALĂ
FATIGABILITATE MARCATĂ
RANDAMENT PSIHIC ȘI FIZIC SCĂZUT
DEPRESIE PSIHICĂ
INSOMNII
IRASCIBILITATE
LIPOTIMI ȘI SINCOPE
AMEȚELI
TULBURĂRI DE VEDERE
VERTU
ZGOMOTE ÎN URECHI
ACROCIANOZĂ
TEGUMENTE ROZE CU PETE VIOLACEE
TRANSPIRAȚII
STAREA GENERALĂ ALTERATĂ
SCURTE ABSENȚE
VOCE SLABĂ
TEGUMENTE PALIDE
IMPOTENȚĂ SEXUALĂ
DISMENOREE
HIPOTONIE FIZICĂ ȘI PSIHICĂ

Am concentrat în tabloul prezentat mai sus inventarul simptomelor apărute în hTA

Nu este obligatoriu ca ele să apară în cadrul unei afecțiuni de hTA fiind la o hTA esențială , ortostatică sau simptomatică , de aceea am insistat asupra aspectului tabloului clinic în cadrul prezentării separate a celor trei tipuri de hTA .De reținut este faptul că numărul crescut al simptomelor indică gravitatea afecțiunii acesteia.

# **DIAGNOSTICUL POZITIV ȘI DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL**

Diagnosticul pozitiv și diferențial impune tehnici specifice ghidându-se în primul rând după tabloul clinic .

Prioritar este să se stabilească delimitarea clară a formei hipotensiunii arteriale , respectiv hipotensiune arterială esențială în cazul în care nu se decelează o cauză clară , hipotensiunea ortostatică – având un simptom caracteristic scăderea de T.A. la schimbarea poziției culcate în poziție ortostatică , și în sfârșit hipotensiunea arterială simptomatică , care apare în cadrul unor afecțiuni cronice , ca simptom .

În general , este dificil de precizat caracterul esențial sau secundar al hipotensiunii arteriale .

În stabilirea diagnosticului de hipotensiune arterială trebuie să se aibă în vedere efectuarea unui diagnostic diferențial cu : virozele , anemiile severe , tuberculoza , cancerul , insuficiența suprarenală , hipotiroidismul , mixedemul , ciroza hepatică , scleroza cerebrală izolată , stările de după infarct miocardic , depresiunea melancolică , psihastenia , bolile carentiale , distrofia alimentară .

Deci , în general diagnosticul se bazează pe circumstanțele declanșatoare , starea bolnavului , valorile tensiunii arteriale .

Hipotensiunea arterială esențială poate fi cu un caracter permanent și să fie caracteristică familiei și să nu deceleze o altă cauză .

## **DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL**

Hipotensiunea arterială esențială (primară) se va deosebi de hipotensiunea arterială secundară (simptomatică) în cadrul anamneziei , semnele clinice și paraclinice vor conduce la precizarea diagnosticului .

Hipotensiunea ortostatică are un caracter intermitent și apare la trecerea bruscă din clino în ortostatism și apar modificări de vertij , tulburări de vedere , palpitații , paliditate și greață .

## **EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC**

În ceea ce privește evoluția și prognosticul hipotensiunii arteriale trebuie privită diferit , astfel în hipotensiunea arterială esențială remarcăm o evoluție relativ staționară . Uneori pe fondul de hipotensiune arterială permanentă se generează crize de hipotensiune paroxistică .

În ceea ce privește prognosticul hipotensiunii arteriale este bun . Se menționează chiar longevitate .

În ceea ce privește evoluția hipotensiunii ortostatice este bună cu condiția ca afecțiunea să fie descoperită la timp și să se stabilească și să se respecte planul terapeutic . De asemenea și prognosticul este pozitiv .

Astfel stau lucrurile în ceea ce privește hipotensiunea arterială simptomatică . În acest caz verdictul îl dă afecțiunea de bază , spre exemplu dacă este o intoxicație acută cu nicotină, atât evoluția cât și prognosticul trebuie să se facă cu precauții . Dacă hipotensiunea arterială apare pe fondul unei afecțiuni cronice cu posibilități de ameliorare în urma unei strategii terapeutice corespunzătoare la care și organismul să răspună , atunci și evoluția și prognosticul hipotensiunii se reglează la parametrii dați de afecțiunea de bază .

O parte din bolnavii cu hipotensiune arterială esențială pot trece cu timpul în categoria bolnavilor hipotensivi.

Mai putem preciza că persoanele cu hipotensiune arterială sunt longevive și pot trăi mai mult decât cei cu tensiune crescută sau chiar normală .

# COMPLICAȚIILE HIPOTENSIUNII ARTERIALE

## ȘOCUL , SINCOPA ȘI LEȘINUL

### 1. ȘOCUL

Este un sindrom clinic cu etiologie variată , caracterizată printr-o insuficiență circulatorie acută , având ca expresie clinică prăbușire tensiunii arteriale . Șocul trebuie deosebit de colaps , primul fiind o manifestare hemodinamică și metabolică , o perturbare gravă și durabilă , iar ultimul o manifestare exclusiv hemodinamică , scăderea TA , de obicei tranzitorie . Cu alte cuvinte colapsul este răsunetul hemodinamic al șocului .

Șocul poate fi , în funcție de etiopatogenie , de mai multe feluri și anume :

- șocul hipovolernic datorită pierderii masive de sânge ;
- șocul septic datorat diferitelor infecții ;
- șocul hipoxic care este produs de afecțiuni pulmonare care produc hipoxemie ;
- șocul neurogen care apare în traumatisme craniene , anestezii , embolia gazoasă , cardiogen ce este produs de infarctul miocardic urmat de scăderea bruscă a TA , aritmii cu ritm rapid .

Caracteristică pentru începutul șocului este fie reducerea masei sanguine circulante , fie reducerea debitului cardiac . Dar și într-un caz și în altul , rezultatul este același – scăderea TA .

Organismul intervine prin mecanismele sale compensatoare : vasoconstricție generalizată , cu redistribuirea sângelui spre organe de importanță vitală (coronare , creier) și tahicardie , cu menținerea TA la un nivel care permit aprovizionarea creierului și a inimii cu oxigen .

Cât timp TA și aprovizionarea cu sânge a creierului și a coroanelor se mențin în limitele normalului , șocul este compensat .

Când starea de șoc se prelungește , mecanismele compensatoare devin insuficiente , debitul cardiac și tensiunea arterială scad progresiv și apare anorexia generalizată . Se crede că factorii care generează decompensarea se datoresc vasoconstrucției compensatoare prelungite , care contribuie la apariția leziunilor metabolice și toxice tisulare . Hipoxia , acidoza și descărcarea enormă de histamină și urotonică produc vasodilatație și decompensarea șocului .

## **SIMPTOME**

Se descriu obișnuit trei stadii : în stadiul compensat , de obicei reversibil , bolnavul este vioi , uneori agitat și anxios , puls rapid , TA normală , chiar crescută , atrage atenția paloarea , transpirația , polipneea , tegumentele palide și reci , cianoza unghială , oliguria , mioza . Adeseori evoluează spre stadiul de șoc decompensat , de obicei ireversibil , când bolnavul este apatic , obnubilat , dar conștient , tegumentele sunt palide – cianotice , umede și reci , pulsul este rapid , de obicei peste 100 , mic , filiform , uneori imperceptibil , tensiunea arterială este scăzută sub 100 mm Hg , venele superficiale colabate , fiind dificilă punționarea lor , respirația este frecventă și superficială , pupilele dilatate , anuria este obișnuită . În ultima fază , ireversibilă , bolnavul intră în comă , tegumentele sunt cianotice , pământii , marmorate , pulsul rar și slab , tensiunea 0 , venele periferice destinse , pupilele prezintă midriază fixă .

## **DIAGNOSTICUL**

Se bazează pe circumstanța declanșatoare , starea bolnavului , valorile tensiunii arteriale .

**PROFILAXIA** presupune tratamentul corect al afecțiunii cauzale .

## **TRATAMENTUL**

În faza unei stări de șoc supravegherea pulsului , a diurezei orale , a TA și a presiunii venoase centrale este obligatorie .

Se va trata corect afecțiunea cauzală , iar bolnavul va fi așezat pe spate , cu capul mai jos decât picioarele (numai pe o perioadă limitată de timp și dacă există certitudinea că nu prezintăși un traumatism cranian) .

Temperatura trebuie să fie constantă și mediul liniștit . Tratamentele generale constau , după caz , în masaj cardiac extern , însoțit de respirație artificială “gură la gură” , ventilație asistată , administrare de O<sub>2</sub> , compensarea acidozei prin bicarbonat de sodiu izo sau hipertonic sau THAM 150 ml , injecție rapidă i.v. Pentru combaterea hipovolemiei se folosește , după caz , Dextran 70 în soluție de NaCl , 1000 – 1500 ml soluție Ringer lactat , gelatini , sânge , plasmă sau albumină . Glucoză 5 – 10 % și serul fiziologic au efect redus .

Rolul asistentei medicale seste important . În ceea ce privește primul ajutor , în afara spitalului , trebuie să calmeze bolnavul , să combată durerea cu analgetice , sa-l așeze în poziție declivă , să acopere bolnavul , dar să nu uzeze de mijloace de încălzire energetică (pentru a nu mări vasodilatația periferică) . Să controleze TA și să anunțe salvarea sau pe cel mai apropiat medic . În spital trebuie să transporte bolnavul la serviciu de terapie intensivă , dezbrăcându-l cu grijă și așezându-l cu capul în poziție declivă . Asistenta trebuie să pregătească tot ce trebuie pentru tratamentul bolnavului : perfuzi cu noradrenalină , analgetice . Urmărirea evoluției bolnavului este o îndatorire fundamentală .

## 2. SINCOPA ȘI LEȘINUL

### DEFINIȚIA

Sincopa este un sindrom clinic caracterizat prin pierderea bruscă , de scurtă durată , a cunoștinței și a funcțiilor vitale , datorită opririi trecătoare și reversibile a circulației cerebrale.

Lipotimia sau leșinul este o pierdere de cunoștință ușoară , incompletă , care apare la persoane emotive , cu labilitate psihică , după emoții puternice , având un fond favorizant patogen : stenoza aortică , hipotensiune arterială , infartul miocardic , tulburările de ritm rapid , cardiopatiile congenitale cianogene .

### SINCOPA – SIMPTOME

Bolnavul este inert , imobil , palid , nu reacționează la excitație , nu respiră , nu are puls , nu se aud bătăile inimii , TA este scăzută sau prăbușită , pupilele sunt midriatice . Bolnavul se află într-o stare de moarte aparentă – moarte clinică – care se termină fie prin revenirea conștinței , fie prin moarte reală – moarte biologică . Dacă își revine fața se colorează , pulsul și zgomotele inimii reapar , conștința revine . De obicei după 5 secunde apar tulburări de vedere , după 15 secunde bolnavul își pierde cunoștința și dispar reflexele , iar după 20 – 30 de secunde se oprește respirația , apar convulsi generalizate , pierderea urinii și a materilor fecale , iar peste 4 – 5 minute urmează moartea .

### LIPOTIMIA

În cazul lipotimiilor , bolnavul se află într-o stare de obnubilare , fără pierderea completă a cunoștinței și fără abolirea totală a funcțiilor vegetative , pulsul , bătăile cardiace și respirația sunt perceptibile , iar TA măsurabilă este precedată de amețeli , sudori reci , tulburări vizuale , bolnavul având timp să se așeze înainte de a se prăbuși ; durează câteva minute sau mai mult și se termină progresiv .

### TRATAMENT

Primul gest terapeutic este așezarea pacientului în decubit cu picioarele ușor ridicate . Se combate mecanismul de producere – hipotensiunea arterială , rărirea ritmului , ortostatismul . Nu se administrează lichide pe cale orală .

Tratamentul de reanimare constă în aplicarea a 2 –3 lovituri de pumn violente în regiunea precordială , masajul cardiac extern , respirație “gură la gură” . Se cheamă medicul de urgență și se respectă toate indicațiile terapeutice .

# TRATAMENTUL HIPOTENSIUNII ARTERIALE

Tratamentul hipotensiunii arteriale constă din următoarele mijloace , în cazul celei esențiale :

## 1. Psihoterapie

Se va explica bolnavului ne semnificația patologică a hipotensiunii esențiale .

**2.Cultura fizică medicală** care ameliorează tulburările neuro vegetative și crește ne semnificativ valorile tensiunii .

## 3.Medicamentele vasopresoare

- acestea pot fi clasi ficate în : - SIMPATOMIMETICE
- ANGIOTENSINA

În cazul medicamentelor simpatomimetice amintim : Efedrina , Noradrenalina și Efortilul . Medicamentele simpatomimetice produc vasoconstricția arterială periferică prin stimularea  $\alpha$  (alfa) receptorilor adrenergici.

Mod de preparare:

EFEDRINA cp 50 mg 1 – 3 / zi

sau fiole 1 mg 1–2 / zi injectabil , subcutanat sau i.m. 7 –10 zile

NORADRENALINA (NORATRINAL)

Fiole 2 și 4 mg /250 ml soluție glucoză 5 % , perfuzie i.v. sub controlul continuu al TA

EFORTIL capsule și fiole 10 mg x 1 – 3 / zi oral , i.m sau i.v.

În ceea ce privește administrarea ANGIOTENSINEI aceasta se administrează 2 – 5 mg perfuzie i.v. cu soluție de glucoză 5 % .

Angiotensina produce vasoconstricție prin acțiune directă asupra peretelui arterial .

De reținut un amănunt foarte important : NU SE MAI RECOMANDĂ următoarele medicamente : ADRENALINA ca fiind  $\alpha$  (alfa) și  $\beta$  (beta) stimulent adrenergic , odată cu efectul vasoconstrictiv crește și consumul de oxigen al miocardului .

Nu se mai recomandă nici ANALEPTICELE CENTRALE ca : Pentetrazol , Cofeină , Lobelină , Stricnină cu acțiune asupra centrilor nervoși vasomotori respectivi , având eficacitate redusă .

În hipotensiunea arterială secundară tratamentul este identic cu cel di hTA esențială și șocul decompensat (hipovolemic , cardiogen , toxico-septic , anafilactic). Tratamentul de mai sus I se adaugă și tratamentul bolii determinante : tratament antiinfecțios , tratament antitoxic , tratament specific endocrin .

Bolnavul trebuie să știe la plecare , modul de a lua medicamentele , semnele preliminare ale supradozărilor de medicamente , datele de prezentare la control medical.

În general tratamentul se adresează îndeosebi afecțiunii cauzale și în al doilea rând hipotensiunii arteriale pentru care măsurile terapeutice sunt similare cu tratamentul hipotensiunii esențiale .

# **PROFILAXIA HIPOTENSIUNII ARTERIALE**

Profilaxia hipotensiunii arteriale urmărește , în primul rând , educarea în vederea unui comportament de viață adecvat , cunoașterea simptomelor legate de hipotensiunea arterială și a strategiilor de prevenire a complicațiilor .

De exemplu , cei cu hipotensiune arterială ortostatică trebuie să știe și să respecte tehnicile de ridicare din pat , dietele hipercalorice , oxigenarea și evitarea substanțelor toxice.

Tratarea cu seriozitate a fiecărui simptom și prezentarea la medic pentru prevenirea instalării cronicizării unor afecțiuni care apoi să determine și apariția hipotensiunii arteriale. Cooperarea bolnavului cu medicul și asistenta medicală pentru a înțelege cât mai multe despre lanțul vicios declanșat prin veriga primului simptom care neluat în seamă adaugă altă verigă – alt simptom – celui incipient și astfel ar ști să preîntâmpine apariția caracterului cronic al afecțiunii.

Tot în perimetrul profilactic se recomandă călirea organismului , alimentația echilibrată pentru a preveni anemierea , slăbirea organismului și ca urmare , vulnerabilitatea la factorii infecțioși . Să nu uităm că virozele , tuberculozele sunt asociate cu hipotensiunea . În acest ultim aspect , putem sublinia aspectul profilactic , necesitatea asanării focarelor de infecție .

# **ROLUL ASISTENTEI MEDICALE ÎN RECUNOAȘTEREA ȘI ÎNGRIJIREA BOLNAVILOR CU HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ**

## **1.CONDIȚII DE SPITALIZARE**

Asistenta medicală deține o poziție foarte importantă în îngrijirea acestor categorii de bolnavi . Justificarea rolului ei rezidă în caracterul unor boli ce pot să se încadreze chiar în cadrul urgențelor medicale , să ne gândim , de exemplu , numai la hTA ce urmează un infarct miocardic , care reclamă atât o internare de urgență dar și o internare îndelungată .

Dar pentru a-și îndeplini menirea nu trebuie să se mulțumească să cunoască și să aplice , chiar perfect , diferitele tehnici de îngrijire a bolnavului , ci trebuie să cunoască noțiuni teoretice care să-i permită depistarea unui semn precoce , interpretarea acestuia și dacă este nevoie chiar intervenția în situațiile în care viața bolnavului depinde de cunoștințele sale . Asistenta medicală este obligată să noteze toate datele referitoare la puls , TA , dietă , medicație . Ea trebuie să asigure repausul fizic și psihic al bolnavului , care aproape în toate aceste categorii de afecțiuni este indispensabil . Nu trebuie însă să uite dezavantajele repausului îndelungat la apt , fapt pentru care este necesar să se recomande alegerea poziției șezânde sau semișezute .

Asistenta este datoră să le asigure bolnavilor confortul și liniștea , asigurarea condițiilor de efectuare a toaletei personale . La fel de important este și asigurarea repausului psihic . Vizitatorii numeroși , discțiile cu voce tare , chemările la telefon , ca și neînțelegerile familiale sau profesionale sunt tot atâtea cauze care pot frâna evoluția favorabilă a afecțiunii.

Tabloul clinic trebuie făcut clar și foarte sistematizat , memorat , cunoscând mecanismele de intercondiționare a simptomelor . Și nu este necesar să le cunoască numai teoretic ci și să le recunoască practic.

Având aceste cunoștințe temeinice referitoare la tabloul clinic poate să determine diagnosticul pozitiv sau să stabilească diagnosticul diferențial .

Cunoscând toate aceste aspecte va ști să preîntâmpine complicațiile și chiar să educe pacientul în ceea ce privește regimul de viață , tratamentul dietetic , medicamentos , în cadrul sarcinilor de serviciu încadrate în educația sanitară .

În mare parte se face observația că îngrijirea bolnavilor , în esență , cuprinde aceleași verigi generale . Totuși felul îmbolnăvirilor , caracterul infirmităților pe care le imprimă vremelnic sau definitiv bolnavului , gradul suferințelor acestuia ca și particularitățile psihologice ale fiecărui bolnav aparte fac ca pe lângă sarcinile generale de îngrijire – comune tuturor bolnavilor – să apară un număr tot atât de mare de alte sarcini , care sunt mult mai puțin specifice numai unor grupe de boli , unor anumite boli sau eventual numai unor bolnavi .

Di acest motiv sarcină a oricărei îngrijiri este cunoașterea bolnavului – în funcție de gradul urgenței – în complexitatea sa psihosomatică , boala de care suferă , faza în care se găsește această boală , modul cum bolnavul suportă suferința lui , ca și problemele lui psihosociale , familiale sau profesionale care eventual îl frământă și sub tensiunea lor însăși spitalizarea constituie o suferință majoră . Întrucât hTA se repercută în mod specific asupra psihicului bolnavului ,particularitățile de îngrijire ale bolnavilor la secțiile de specialitate privesc numai natura investigațiilor și a tratamentelor curente ci și unele particularități de comportare față de bolnav , ceea ce trebuie individualizat .

Este bine ca din informațiile culese de la bolnav , din sarcinile curentă și cele specifice în cauză – cunoscte de asistentă – prcu și din sarcinile primite de la medic în legătură cu cazul dat , ea să-și alcătuiască un plan complex de îngrijire pentru fiecare bolnav în parte . Aceasta să cuprindă îngrijirea curentă a bolnavului , planul de investigație și măsuri terapeutice , orânduite în ordinea firească a urgenței și îndeplinirii lor . Volumul și densitatea sarcinilor ca și ritm de executare a lor se acomodează în primul rând la gravitatea și urgența cazului dar și la la particularitățile psihologice și gradul de epuizare a bolnavului . Acest plan de complex de îngrijire se predă apoi schimburilor următoare , ceea ce asigură continuitatea îngrijiri bolnavilor .

Durata pentru care se execută planul de îngrijire este foarte diferită , putând varia de la câteva ore la câteva zile și chiar mai mult . Conținutul lui însă se modifică pe măsură ce bolnavul intră din faza diagnostic în faza de tratament , respectiv de coalescență a bolii sau pe măsura sosirii rezultatelor examinărilor paraclinice .

Planul se consemnează pe foaia de temperatură a bolnavului sau în condica de predare – de preluare a serviciului .

El cuprinde în esență , următoarele probleme :

- asigurarea condițiilor adecvate de mediu ;
- îngrijirile generale ;
- alimentația ;
- supravegherea bolnavului ;
- recoltarea produselor biologice pentru analiza și pregătirea explorărilor paraclinice;
- prevenirea și recunoașterea complicațiilor măsurilor de urgență până la venirea medicului ;
- regimul de viață în spital ;
- medicația și alte metode de tratament ;
- pregătirea bolnavului pentru externare și probleme de educație sanitară .

## 2. ROLUL ASISTENȚEI MEDICALE ÎN DIAGNOSTICAREA HIPOTENSIUNII ARTERIALE

### a) Asistarea medicului în timpul examinării clinice a bolnavului

Participarea asistentei la examenul clinic medical al bolnavului este o obligație profesională . Ajutând medicul și bolnavul la examenul clinic , asistenta contribuie la crearea unui climat favorabil pentru relația medic – bolnav .

Pentru aceasta asistenta are următoarele sarcini :

- pregătirea psihică și fizică a pacientului :
  - asistenta anunță bolnavul și îl lămurește asupra caracterului inofensiv al examinării
  - se ajută bolnavul să ia pozițiile indicate de medic pentru examinare
  - se ajută la dezbrăcare și îmbrăcare
- pregătirea materialelor și a instrumentelor necesare examinării :
  - termometru , tensiometru , stetoscop
  - se verifică starea de funcționare a instrumentelor
  - se înmânează medicului instrumentele solicitate
- pregătirea documentelor medicale (fișă , foi de observație , rezultatul analizelor)
- asistenta trebuie să asigure liniștea necesară desfășurării examenului
- se notează toate indicațiile și prescripțiile medicului din timpul examinării (medicație , doze , aerul , modul de administrare , alimentație , hidratare , examene de laborator și examene paraclinice)

### b) Explorări paraclinice

Colaborarea și examinarea clinică a bolnavului este una din sarcinile importante ale asistentei . Ajutorul acordat medicului și bolnavului în cursul examinării clinice degerează pe aceasta din urmă de eforturi fizice și previne o serie de suferințe inutile , contribuie la crearea unui climat afectiv favorabil între bolnav – medic – asistentă , face accesibilă medicului explorarea tuturor regiunilor organismului , servindu-l și cu instrumentarul necesar , toate acestea intervenind pentru scurtarea timpului expunerii bolnavului în stare fizică și

psihică precară la traumatismul examinărilor și recoltarea produselor biologice în vederea examinării.

Bolnavul trebuie pregătit pentru recoltare , pentru buna reușită a examenelor de laborator , în primul rând trebuie să i se explice ce urmează să i se facă . Pentru aceasta ar trebui să se folosească metode cât mai blânde și mai puțin traumatizante , alese de la caz la caz . Bolnavii mai suspicioși sau agitați vor trebui liniștiți prin cuvinte potrivite sau , la nevoie , chiar pe cale medicamentoasă . Li se va explica bolnavilor necesitatea analizelor . Ei trebuie să fie convinși că recoltarea se face în interesul lor , că aceasta contribuie hotărâtor la stabilirea diagnosticului și tratamentului . Rezultatele bune se vor obține numai dacă această muncă de lămurire este însoțită de manopere cât mai puțin dureroase și neplăcute , respectându-se , pe cât posibil , pudoarea bolnavului . Având în vedere că de multe ori aceleași recoltări trebuie repetate pe cursul bolii , bolnavii bine pregătiți vor ajuta ei înșiși asistenta în efectuarea lor .

Pe lângă pregătirea arătată , mai sunt necesare și alte precauții pentru fiecare recoltare în parte .

Unele recoltări se fac pe nemâncate , știut fiind că alimentația provoacă secreție de suc gastric , influențează numărul globulelor albe și modifică compoziția chimică a sângelui. Aceste recoltări vor fi deci executate dimineața când bolnavul nu s-a ridicat din pat . Până la luarea probelor respective bolnavii nu trebuie să facă mișcare , să nu se spele cu apă rece , să nu fumeze , să fie ferit de influența impresiilor noi ale zilei , condiții care pot falsifica în mare măsură analiza respectivă .

Nerespectarea normelor de pregătire atrage după sine rezultate false de laborator , cu urmări foarte grave pentru bolnav . Din acest motiv , asistenta trebuie să aibă o evidență a bolnavilor care vor fi pregătiți pentru examene de laborator și să îi supravegheze înainte de recoltare .

Recoltarea se face după ce tot materialul necesar a fost pregătit.

Vasul în care se face recoltarea trebuie să fie curat , uscat , și sterilizat , seringile să fie de unică folosință . Înainte de recoltare vasele se vor eticheta , indicându-se numărului bolnavului însoțitor . Bonu însoțitor trebuie să cuprindă numele și prenumele bolnavului , numărul salonului și al patului , diagnosticul clinic , natura produsului , analiza cerută , data recoltării și numele celui care a făcut recoltarea . În unele cazuri este bine dacă se indică și scopul pentru care se cere examenul.

Etichetarea vaselor trebuie făcută cu mare grijă , asistenta să se asigure că eticheta este bine lipită , nu s-a pătat cu produsul recoltat făcând invizibile cele scrise.

Produsele biologice vor fi recoltate în cantitate suficientă pentru analiza cerută , după normele indicate pentru fiecare produs și analiză în parte .

În cazul hipotensiunii arteriale se indică mai multe analize în primul rând pentru a se preciza cauza , astfel pentru a se confirma sau infirma o infecție ( în cazul unor viroze , febră tifoidă) se indică :

### FORMULA LEUCOCITARĂ

3

- numărul leucocitelor 6 – 8000 /mm
  - neutrofilie nesegmentate 3 –5 %
  - eozinofilie 2 – 4 %
  - neutrofilie segmentate 60 – 65 %
  - limfocite 25 –35 %
  - monocite 5 – 10 %
- VSH - la 1 h - la bărbați 5 – 8 mm
  - la femei 8 – 12 mm
- la 2 h - la bărbați 10 – 14 mm
  - la femei 12 – 20 mm

Pentru a cerceta starea de nutriție a organismului :

HEMOGLOBINĂ BĂRBAȚI	- în grame 16 gr % - în procente 100%
HEMOGLOBINĂ FEMEII	- în grame 14 gr% - în procente 80%
VALOAREA GLOBULARĂ	0,9 – 1,1
CALCEMIA	9 – 11 mg%
GLICEMIA	80 – 120 mg%
PROTEINE TOTALE (prin precipitare)	7,2 g%
ALBUMINE (prin precepitare)	5,2 g%
GLOBULINE (prin precipitare)	2,0 g%
COLESTEROL	150 – 250 mg%
LIPIDE TOTALE	500 – 700 mg%
T <sub>3</sub>	
T <sub>4</sub>	
TSH	
TGO	8 – 4 unit y/nl
TGP	5 – 35 unit y /nl
TRANSAMNIAZA G.O.T.	8 – 10 unit y/ml/oră
TRANSAMNIAZA G.P.T.	3 – 35 unit y/ml/oră
ELECTROFOREZA	
FIBRINOGEN	0,2 – 0,4 g%

## EXAMEN TOTAL DE URINĂ

Volum	1200 – 1500 ml	17 – CS
Densitate	1002 – 1025	17 – OHCS
Reacția pH	5,60 – 6,4	
Ureea	26 g	
Acid uric	0,5 – 0,6 g	
Urobilina	0	
K		
Na		

## EXAMEN Rx PULMONAR

### Ex Doppler – vase cerebrale

EKG  
EEG  
Flebografie  
Ecografie

În boala Addison deosebit de valoroase pentru diagnostic sunt examenele de laborator și dozările de hormoni steroizi suprarenali , locul principal îl dețin dozările de sodiu și potasiu în sânge și urină .

Concentrația sodiului și a potasiului reflectă activitatea hormonilor mineralocorticoizi supra renali . Pentru aprecierea hormonilor steroizi suprarenali se dozează în urină din 24 de ore .

17 – CS și 17 OHCS

- 17 – CS reprezintă metaboliți hormonilor androgeni (2/3 provin din supra renală, iar 1/3 din testicul) .
- 17 – OHCS sau 17 hidrocorticosteroizi reprezintă metaboliții urinari ai cortizonului în special , dar și altor hormoni glucorticoizi din suprarenală .

### 3) Supravegherea funcțiilor organismului și a comportamentului bolnavului cu hipotensiune arterială

În îngrijirea bolnavului asistenta medicală este obligată să-l supravegheze pentru a culege toate datele privind starea generală și evoluția bolii acestuia, comunicând medicului tot ce a observat la bolnav, în cursul zilei sau nopții. Astfel va trebui să urmărim:

- comportamentul bolnavului (starea psihică, reactivitatea generală, somnul)
- funcțiile vitale și vegetative ale organismului
- apariția unor manifestări patologice

Urmărind comportamentul bolnavului, vom culege observațiile, în mod științific și obiectiv, care redau fidel tabloul patologic apărut. Datele culese din supravegherea bolnavului, prin măsurarea funcțiilor vitale le vom nota în foaia de temperatură, componentă a foii de observație.

# **PREZENTAREA A DOUĂ TEHNICI UTILE ÎN HIPOTENSIUNEA ARTERIALĂ : LUAREA PULSULUI ȘI A TENSIUNI ARTERIALE**

## **PULSUL**

Cu ocazia sistolei , sângele este împins din cavitățile ventriculare în arterele mari . Această masă de sânge întâlnește în sistemul arterial o altă masă de sânge de care se lovește sub influența contracției puternice a mușchiului cardiac . Conflictul care ia naștere între cele două volume de sânge sub forma unei unde vibratorii și se exteriorizează prin detinderea ritmică a arterelor , sincronă cu sistolele ventriculare .

Această destindere poate fi palpată (apăsând ușor arterele pe suprafețele dure osoase ) sub forma unor zvâcnituri ușoare , ritmice , pulsatile , de unde numele de puls .

Întrucât la apariția pulsului intervin atât inima cât și vasele , el va reflecta , atât starea funcțională a inimii , cât și pe cea a arterelor , dând în același timp indicii prețioase asupra stării anatomice a arborelui arterial .

## **LUAREA PULSULUI**

Pulsul poate fi luat pe orice arteră accesibilă palpației , care poate fi comprimată pe un plan osos : radială , superficială , carotidă , humerală , femurală , pedioasă etc .În practica curentă , pulsul se ia la nivelul arterei radiale din care motiv , în limbajul cotidian , prin puls se înțelege pulsul arterei radiale .

La luarea pulsului bolnavul trebuie să fie în repaus fizic cel puțin 5 – 10 minute înainte de numărătoare , întrucât un effort sau o emoție oarecare , în timpul sau înaintea luării pulsului , ar putea modifica valorile reale . Brațul bolnavului trebuie să fie sprijinit , pentru ca mușchiul antebrațului să se relaxeze . Se reperează șanțul radial ( denumit și șanțul pulsului) pe extremitatea distală a antebrațului , în continuarea policelui . În apropierea marginii externe a feței anterioare a antebrațului dăm de un șanț mărginit de tendoanele mușchilor flexor radial al corpului și brahioradialul în profunzimea căruia se găsește artera radială .

Palparea pulsului se face cu vârful degetelor inelar , mediu și index de la mâna dreaptă . După ce s-a repetat lanțul se va exercita o ușoară presiune asupra peretelui arterial (echivalentă , aproximativ , cu presiunea din interiorul vasului) cu cele trei degete palpatoare , până la perceperea zvâcniturilor pline ale pulsului . Fixarea degetelor se realizează cu ajutorul policelui , cu care se îmbrățișează antebrațul la nivelul respectiv .

Uneori artera radială prezintă anomalii de poziție și nu va fi găsită în șanțul pulsului . În aceste cazuri , ea va fi căutată în tabachera anatomică .

Pulsul arterei temporale superficiale se ia deasupra și în afara unghiului temporal al fantei palpebrale , la o distanță de 3 – 4 cm de aceasta .

Pulsul arterei femurale se palpează în partea superioară triunghiului Scarpa , sub arcada cururală . Se ușurează palparea dacă se ridică șoldul cu o pernă . Pulsul arterei perioase se va căuta pe fața dorsală a piciorului , deasupra primului spațiu intermetatarsian pe traiectoria arterei , iar pulsul arterei carotide la gât , în șanțul format între marginea anterioară a sternochidomastoidianului și laringe .

Pulsul poate fi înregistrat și pe cale instrumentală .

În unele instituții există aparate speciale pentru înregistrarea grafică continuă a pulsului . Dintre acestea , unele recepționează pulsul prin intermediul unei manșete , îl înregistrează electronic și îl transmite  $\gamma$  pe un cadran . Există aparate care înregistrează concomitent cu frecvența pulsului și tensiunea medie , iar cardiotașimetrul sesizează personalul de îngrijire prin semnale acustice și luminoase asupra modificărilor de  $\gamma$  a pulsului .

Pulsul se va lua , la bolnavii spitalizați , în mod regulat de două ori pe zi , iar  $\gamma$  lui va fi notat pe foaia de temperatură , în cadrul rubricii ce-i este rezervată .

La cererea medicului sau în scop de orientare , luarea pulsului se poate efectua și de mai multe ori . La luarea pulsului se va ține cont de : frecvență , ritmicitate , volum , tensiune și claritate .

## TENSIUNEA ARTERIALĂ

Presiunea exercitată de sângele circulant asupra pereților arteriali constituie tensiunea arterială . Valoarea ei este determinată de forța de contracție a inimii ( care asigură propulsarea sângelui în arborele arterial ) , de rezistența și calibrul sistemului vascular și de vâscozitatea sângelui .

TA scade în mod progresiv de la centru la periferie . Această scădere până la arterele la nivelul cărora se obișnuiește în mod curent , să se determine TA nu este prea însemnată , scăderea accentuată se produce numai în arteriole .

Valoarea TA fiind determinată , în primul rând , de forța de contracție a inimii , ea variază în mod fiziologic în raport cu fazele revoluției cardiace . TA prezintă valoarea cea mai înaltă în cursul sistolei când , alături de cantitatea de sânge existentă în arborele vascular , inima mai pompează încă o cantitate de sânge peste cel existent în vase . Această tensiune poartă numele de TENSIUNE MAXIMĂ sau SISTOLICĂ . TA va avea cea mai mică valoare în cursul diastolei când forța de contracție a inimii fiind absentă presiunea va fi determinată numai de actualizarea energiei potențiale din pereți vaselor care , grație elasticității lor , vor căuta să-și revină la echilibrul lor anterior sistolei . Întrucât în cursul diastolei o parte a sângelui din arteră trece către sistemul capilar , valorile cele mai joase ale TA se vor obține la sfârșitul diastolei . Această presiune poartă numele de TENSIUNE MINIMĂ sau DIASTOLICĂ . Ea ne indică rezistența pe care trebuie să o învingă inima cu

ocazia contracției ventriculare , la care se adaugă , în timpul sistolei presiunea rezultată din forța de contracție a inimii .

## **TEHNICA MĂSURĂRII VALORILOR TENSIUNII ARTERIALE**

Trebuie să fie cunoscută de asistenta medicală . Înregistrarea acestora pe foaia de temperatură a bolnavului , la intervale stabilite de medic , cade în sarcina ei .

TA poate fi apreciată după tensiunea pulsului care este în funcție de TA . Pentru aceasta se vor aplica degetele index , mediu și inelar de la mâna dreaptă pe artera radială , la nivelul șanțului pulsului , în așa fel ca inelarul să aibă o poziție periferică . Cu acesta se va exercita o presiune mai mare asupra arterei , pentru a împiedica reflexul sângelui de la periferic spre centru . Se va exercita apoi cu indexul o presiune crescândă asupra arterei , până ce unda pulsatilă dispare de sub degetul mediu care palpează foarte fin artera . Presiunea digitală a indexului exercită în momentul dispariției undei pulsatile de sub degetul mediu echivalează aproximativ cu valoarea tensiunii arteriale de la nivelul arterei radiale .

Acest procedeu necesită o experiență îndelungată din partea examinatorului și cu toate acestea , aprecierea rămâne pur subiectivă , din acest motiv nu servește decât pentru o orientare aproximativă . Determinarea exactă , științifică a TA se face cu manometre speciale , denumit tonometre și sfigmomanometre .

În practica curentă măsurarea TA se face după metoda indirectă . În loc să se determine direct tensiunea sângelui din arteră , se va determina în mod indirect forța necesară pentru comprimarea completă a unei artere , care practic echivalează cu valoarea tensiunii din arteră . În acest scop se comprimă cu o manșetă pneumatică legată la un manometru segmentul membrului la nivelul căruia se face determinarea , până ce dispar complet pulsațiile arterei de sub nivelul compresiei . se decomprimă apoi treptat presiune din manșetă , până ce apare prima undă pulsatilă .

Presiunea existentă în manșetă în acest moment echivalează cu presiunea maximă a sângelui din artera comprimată , valoarea ei se poate citi pe tonometrul legat cu circuitul manșetei .

Tensiometrul este format dintr-o manșetă pneumatică în continuare cu o pară de cauciuc . Lumentul manșetei este în legătură cu monometrul cu mercur gradat până la 300 mm . Aparatul este prevăzut cu o supapă reglabilă de la para de cauciuc , prin care conținutul de aer al manșetei pneumatice poate fi evacuat .

Pentru determinarea TA bolnavul va fi așezat culcat sau șezând într-un fotoliu , rezemându-și brațele . Manometrul , dacă nu este fixat pe manșetă se fixează lângă bolnav . Se fixează brațul de lângă manometru în extensie și se aplică manșeta . Cu ajutorul parei de cauciuc se introduce aer în manșeta pneumatică iar cu celaltă mână exminatorul palpează

pulsul radial al bolnavului de la același membru . Prin introducerea aerului în manșetă , aceasta se umflă și comprimă în mod circular brațul , din ce în ce mai mult , până ce închide complet lumenul arterei , când dispare pulsul . Din acest moment , cu ajutorul ventilului , se face decompresia aerului din manșetă . În momentul în care trece prima undă pulsatilă se notează valoarea tensională de pe manometrul cu mercur , acesta echivalând cu tensiune maximă . Continuând decompresia manșetei unda sanguină sistolică destinde pereții arteriali din ce în ce mai mult dând naștere la oscilații din ce în ce mai ample . În momentul când presiunea din manșetă a devenit egală cu cea din timpul diastoliei , artera își recapătă calibrul ei normal și în diastolă și astfel mișcările perțiilor devin brusc mai reduse , ceea ce se înregistrează la acul indicator prin scăderea bruscă a amplitudinii oscilațiilor . Prin deschiderea butonului se va măsura presiunea din manșetă , în acest moment care echivalează cu presiunea intraarterială din timpul distolei , adică cu tensiunea minimă . Valoarea tensiunii din manșetă , în momentul când amplitudinea oscilațiilor scade brusc , reprezintă valoarea tensiunii minime , diastolice .

Reducând mai departe presiunea din manșetă sub nivelul tensiunii minime , vom constata prezența unor oscilații determinate de expansiunea sistolică obișnuită a pereților arteriali . Aceste oscilații determinante poartă numele de inflaminimale .

Valorile tensiunii maxime și minime vor fi înregistrate pe foaia de observație iar TA va fi luată în timpul spitalizării ori de câte ori medicul sau situația o cere iar la internare și externare este obligatorie .

Tehnica de luare a TA este aceeași indiferent dacă aceasta se va face cu oscilometrul Pachou , Uskov , Reeklinghausen sau oscilometrul Razumov .

Nivelul TA variază în raport cu sexul , vârsta , precum și orarul activității fiziologice în cursul zilei.

Astfel :

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| - în primii ani ai vieții | TA maximă variază între 75 – 90 mm Hg<br>TA minimă variază între 50 – 60 mm Hg   |
| - în copilărie            | TA maximă variază între 90 – 110 mm Hg<br>TA minimă variază între 60 – 65 mm Hg  |
| - la pubertate            | TA maximă variază între 100 – 120 mm Hg<br>TA minimă variază între 65 – 75 mm Hg |
| - la adulți               | TA maximă variază între 115 – 140 mm Hg<br>TA minimă variază între 75 – 90 mm Hg |
| - peste 50 de ani         | TA maximă variază până la 150 mm Hg<br>TA minimă variază până la 90 mm Hg        |

Cunoașterea raportului dintre tensiune maximă și minimă este , de asemenea , foarte importantă . Diferența de tensiunea sistolică și cea diastolică poartă numele de tensiune diferențială .

## CONCLUZII

Hipotensiunea arterială apare odată cu scăderea forței de contracție a inimii (miocardite, endocardite, afecțiuni vulvare stabilizate), apoi în caz de insuficiență circulatorie periferică, prin relaxarea pereților vasculari (ca în vasodilatația paralică a bolilor infecțioase), în caz de reducere a masei sângelui (hemoragii, diaree, vărsături, transpirații abundente), precum și în unele tulburări endocrine (de exemplu insuficiența glandelor supra renale).

În orele de practică și apoi elaborând această lucrare am înțeles că dialogul bine condus cu pacientul este o întâlnire și o scurtă conspirație contra bolii.

Asistăm azi la un război declarat împotriva suferinței în general deși domeniul său nu este omogen ca semnificație, intensitate și nivele. Umilitoarea suferință fizică nu egalează și desigur, nu are “forța” distructivei dureri morale.

În prima fază, când i se aduce la cunoștință unui bolnav că are hipotensiune arterială acesta intră în panică datorită “înrudirii” termenului de cu hipertensiunea arterială al cărui risc și pericol este cunoscut de mare majoritate a oamenilor. De aceea se impune să i se explice bolnavului diferența dintre HIPER și HIPOtensiunea arterială, amintind chiar concluziile de longevitate ale hipotensiunii arteriale.

În concluzie, vorbim de hipotensiune arterială când valorile tensiunii maxime, la aduț, scad sub 100 mm Hg și când persoana cu aceste valori tensionale arteriale scăzute prezintă fenomene subiective supărătoare.

Se cunosc valori tensionale scăzute la persoane care nu au nici un fel de suferință subiectivă, de obicei la vagotonoci, adică la cei care au un debit circulator pe minut scăzut, o rezistență periferică ceva mai crescută și, cu toate acestea, nevoile circulatorii sunt acoperite.

Hipotensiunea arterială poate fi primară, secundară și ortostatică.

hTA secundară se constituie ca un simptom în cadrul bolii respective și poate apărea după unele boli infecțioase, în anemiile severe, boli cașectizante (cancer, TBC) în cursul sindroanelor endocrine (boala Addison, mixedem), în boli ale ficatului (ciroză), în sceroze cerebrale, pot apărea de asemenea în infarct miocardic, în varice extinse ale membrilor inferioare, în distrofie alimentară. Tratându-se afecțiunea de bază, valorile TA tind să se normalizeze.

Important pentru pacienții cu hTA esențială este să li se explice diagnosticul, prevenirea accentuării afecțiunii prin psihoterapie. Psihoterapia are o mare eficiență în tratamentul pacienților cu hipotensiune arterială, astfel, aceștia vor învăța să nu se panicheze la apariția unei ușoare indispoziții, vor ști să o depășească și vor învăța importanța respectării unui program echilibrat de viață.





## PREZENTAREA A TREI CAZURI DE BOLNAVI CU HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ

-NUME : G.G.

-VÂRSTA : 30 ani

-SEX : feminin

-STAREA CIVILĂ : căsătorită

-CONDIȚII DE VIAȚĂ ȘI MUNCĂ : - locuiește în apartament cu trei camere cu soțul

- este șomeră

- bea și fumează

-RELIGIE : ortodoxă

DIAGNOSTIC MEDICAL : PNEUMONIE INTERSTIȚIALĂ BILATERALĂ

După administrarea de agocalmin bolnava prezintă semne de șoc anafilactic .

CULEGREA DE DATE	ANALIZA ȘI INTERPRETARE	OBIECTIVE	EVALUARE
<p>1.Nevoia de a respira și de a avea o bună circulație</p> <p>-frecvența respiratorie 13a/min</p> <p>-respirație anevoioasă</p> <p>timpul respirației – costal superior</p> <p>-puls 100 b/min</p> <p>-TA 60/40 mm Hg</p> <p>-tuse cu expectorație</p> <p>2.Nevoia să bea și a mânca</p> <p>-bolnava prezintă grețuri și vărsături</p> <p>3.Nevoia de a elimina :</p> <p>-transpirații reci</p> <p>-vărsături</p> <p>-diaree</p>	<p>1.Resoirație dificilă cu scăderea frecvenței respiratorii : dspnee cu bradipnee , tahicardie, hipotensiune arterială tuse cu expectorație</p> <p>2.Nevoia este afectată datorită grțurilor și vărsăturilor.Vărsături cu conținut alimentar</p> <p>3.Eliminarea inadecvată a materiei fecale . Scaunele sunt de consistență moale.</p>	<p>1.Pacientul să aibă o respirație liberă pe nas</p> <p>-se umezește aerul încăperii</p> <p>-pacienta să prezinte căile respiratorii permeabile și o bună respirație</p> <p>-pacienta să prezinte o circulație adecvată</p> <p>2.Pacienta să aibă o stare de bine fără grețuri și vărsături</p> <p>-să fie echilibrată psihic</p> <p>3.Pacienta să aibă un tranzit intestinal în limite fiziologice</p> <p>-să aibă mucoase perinale curate și integre</p> <p>-să fie echilibrată hidroelectrolitic</p>	<p>Bolnava în vârstă de 30 de ani, fumătoare ,se internează cu diagnosticul de pneumonie interstițială bilaterală</p> <p>Prezintă în urma injectării cu Algocalmin semne de șoc anafilactic.</p> <p>În urma tratamentului instituit simptomele de șoc se remit.</p> <p>Bolnava urmează în continoare tratamentul cu antibiotice , antialergice.În urma acestuia starea generală se</p>

CULEGERI DE DATE	ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE	OBIECTIVE	EVALUARE
<p>4.Nevoia de a mișca și a avea o bună postură -junghi toracic</p> <p>5.Nevoia de a dormi și a se odihni</p> <p>6.Nevoia de a se îmbrăca și desbrăca -bolnava este capabilă să se înbrace și să se dezbrace</p> <p>7.Nevoia de a-și menține temperatura corpului în limite constante t =38 grade C</p> <p>8.Nevoia de a-și păstra tegumentele curate și integre -tegumente curate și integre</p> <p>9.Nevoia de a evita pericolele</p> <p>10.Nevoia de a comunica</p>	<p>4.Nevoia este afectată -dificultate în mișcare din cauza junghiului toracic puternic</p> <p>5.Nevoia nu este afectată.Bolnava doarme 6-8 ore/zi</p> <p>6.Nevoia nu este afectată -pacienta este independentă</p> <p>7.Sindromul febril cu cefalee , tahicardie , sete din cauza pneumoniei</p> <p>8.Nevoia este satisfăcută -pacienta este independentă</p> <p>9.Dificultate în satisfacerea nevoii datorită alterării itegrității psihice</p> <p>10.Comunicare inefficientă -anexitate -devalorizare</p>	<p>-să fie menajată fizic în timpul vărsăturilor</p> <p>4.Pacientul să-și mențină integritatea tegumentelor și activitatea articulară</p> <p>5.Pacienta să-si mențină starea de independență</p> <p>6.Pacienta să-și mențină starea de independență</p> <p>7.Pacienta să-și mențină temperatura corpului în limite constante -să fie echilibrată hidroelectrolitic</p> <p>8.Pacienta să-și mențină starea de independență</p> <p>9.Pacienta să-și satisfacă nevoile în funcție de sănătate și gradul de independență -să beneficieze de siguranță psihică și înlăturarea anxității</p> <p>10.Pacienta să fie echilibrată psihic -să aibă percepții pozitive</p>	<p>Îmbunătățește. Pacienta se externează în stare ameliorată cu recomandările :</p> <p>-reducerea sau oprirea fumatului -control peste 10 zile</p>

CULEGEREA DE DATE	ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE	OBIECTIVE	EVALUARE
<p>11.Nevoia de a acționa conform propriilor credințe și valori</p> <p>12.Nevoia de a se recrea -anexitate -tristețe</p> <p>13.Nevoia de a se realiza</p> <p>14.Nevoia de a învăța cum să-și păstreze sănătatea -pacienta are cunoștințe insuficiente despre această boală</p> <p>Motivele internării :</p> <p>-febră 38 grade C -astenie -tuse cu expectorație -junghi toracic puternic -TA 120/70 mm Hg</p> <p>12.05.2002 - iternare</p>	<p>11.Nevoia este satisfăcută -pacienta este independentă , crede în existența lui Dumnezeu</p> <p>12.Dificultate în satisfacerea nevoii din cauza anexității și tristeții</p> <p>13. Dificultate în satisfacerea nevoii datorită stării de anexitate</p> <p>14.Pacienta dorește să afle cât mai multe informații despre această boală</p>	<p>11.Pacienta să-și păstrteze imaginea pozitivă de sine</p> <p>12.Pacienta să przinte o stare de bună dispoziție -să-si recapete încrederea în forțele proprii</p> <p>13.Pacienta să fie conștientă de propria valoare și competență</p> <p>14.Pacienta să acumuleze noi cunoștințe</p>	

## ROLUL ASISTENȚEI MEDICALE

ROLUL PROPRIU	ROLUL DELEGAT																																							
<p>1.Asistenta va asigura o cameră luminoasă, cu umiditate constantă și temperatura cuprinsă între 18 – 20 grade C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-aerisirea salonului</li> <li>-curățarea salonului (ștergere , aspirare)</li> <li>-asistenta învață bolnava tehnici de relaxare</li> <li>-favorizează circulația prin exerciții active și pasive</li> </ul> <p>2.Asistenta va ajuta bolnava în timpul vărsăturilor sprijinind-o și spunându-I să respire profund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la indicația medicului se va administra antemetice</li> <li>-alimentele vor fi servite la oere regulate , la temperatură moderată și prezentate atrăgător</li> <li>-se poate recurge și la alimentație paraterală la indicația medicului</li> </ul> <p>3.Asistenta urmărește și notează în foaia de observație numărul și aspectul scaunelor. În caz de diaree servește bolnavului ceai de mentă ușor îndulcit , supă de morcov , de orez , pâine prăjită .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-protejează patul cu mușama sau aleză</li> <li>-curăță și usucă regiunea anală după fiecare scaun</li> <li>-aplică crème protectoare</li> <li>-dă dovadă de înțelegere și răbdare menajând pudoarea bolnavei</li> </ul> <p>4.Pentru o bună postură asistenta planifică exerciții active și pasive</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-schimbă poziția bolnavei</li> <li>-masează și pudrează zonele expuse escarelor</li> </ul>	<p>Asistenta are rol în investigații și tratament</p> <p><b>12.05.2002</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>VSH la 1 h 15 mm</td> <td style="text-align: right;">(V.N. 5-8 mm)</td> </tr> <tr> <td>Fibrinogen – 0.8g%</td> <td style="text-align: right;">(V.N. 0.2-0.4g%)</td> </tr> <tr> <td>Acid uric –3 mg%</td> <td style="text-align: right;">(V.N. 2-4 mg%)</td> </tr> <tr> <td>Creatină – 2mg%</td> <td style="text-align: right;">(V.N. 1-2 mg%)</td> </tr> <tr> <td>Uree –24 mg%</td> <td style="text-align: right;">(V.N. 24mg%)</td> </tr> <tr> <td>TP 85%</td> <td style="text-align: right;">(V.N. 85-100%)</td> </tr> </table> <p>Proteina C reactivă prezentă</p> <p>Se stabilește tratament astfel :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>AMPICILINĂ</td> <td style="text-align: right;">500 mg</td> <td style="text-align: right;">1 fl/6h</td> </tr> <tr> <td>BROMEXIN</td> <td style="text-align: right;">3 cp/zi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PARACETAMOL</td> <td style="text-align: right;">3 cp/zi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALGOCALMIN</td> <td style="text-align: right;">fiole i.m.</td> <td></td> </tr> </table> <p>Se instalează șocul și se intervine urgent cu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-HHC 8 fi.v.</li> <li>-ROMERGAN 1 fiolă i.m.</li> </ul> <p>perfuzie cu : Glucoză 5% 500 ml Ser fiziologic 1 flacon</p> <p>-oxigenoterapie (O<sub>2</sub> la o presiune de 1-3 atmosfere umidificat)</p> <p><b>13.05.2002</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>AMPICILINĂ</td> <td style="text-align: right;">500 mg</td> <td style="text-align: right;">1fl/6 h</td> </tr> <tr> <td>BROMEXIN</td> <td style="text-align: right;">3 cp/zi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PARACETAMOL</td> <td style="text-align: right;">3 cp/zi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HHC</td> <td style="text-align: right;">100 mg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ROMERGAN</td> <td style="text-align: right;">1 fiolă i.m.</td> <td></td> </tr> </table>	VSH la 1 h 15 mm	(V.N. 5-8 mm)	Fibrinogen – 0.8g%	(V.N. 0.2-0.4g%)	Acid uric –3 mg%	(V.N. 2-4 mg%)	Creatină – 2mg%	(V.N. 1-2 mg%)	Uree –24 mg%	(V.N. 24mg%)	TP 85%	(V.N. 85-100%)	AMPICILINĂ	500 mg	1 fl/6h	BROMEXIN	3 cp/zi		PARACETAMOL	3 cp/zi		ALGOCALMIN	fiole i.m.		AMPICILINĂ	500 mg	1fl/6 h	BROMEXIN	3 cp/zi		PARACETAMOL	3 cp/zi		HHC	100 mg		ROMERGAN	1 fiolă i.m.	
VSH la 1 h 15 mm	(V.N. 5-8 mm)																																							
Fibrinogen – 0.8g%	(V.N. 0.2-0.4g%)																																							
Acid uric –3 mg%	(V.N. 2-4 mg%)																																							
Creatină – 2mg%	(V.N. 1-2 mg%)																																							
Uree –24 mg%	(V.N. 24mg%)																																							
TP 85%	(V.N. 85-100%)																																							
AMPICILINĂ	500 mg	1 fl/6h																																						
BROMEXIN	3 cp/zi																																							
PARACETAMOL	3 cp/zi																																							
ALGOCALMIN	fiole i.m.																																							
AMPICILINĂ	500 mg	1fl/6 h																																						
BROMEXIN	3 cp/zi																																							
PARACETAMOL	3 cp/zi																																							
HHC	100 mg																																							
ROMERGAN	1 fiolă i.m.																																							

ROLUL PROPRIU	ROLUL DELEGAT								
<p>5.Asistenta urmărește calitatea somnului și satisfacerea celorlalte nevoi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-stimulează încrederea pacientei și o învață tehnici de relaxare</li> <li>-înocmește un program de odihnă coresounzător</li> </ul> <p>6.Acordă timp suficient pentru îmbrăcat și dezbrăcat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-indică folosirea hainelor largi și a încălțăminteii comode</li> <li>-îi explică pacientei legătura dintre stima de sine și vestimentație</li> <li>-educă pacienta în legătură cu importanța vestimentației</li> </ul> <p>7.Asistenta aerisește salonul , încălzește bolnava în caz de frisoane , măsoară dimineața și seara temperatura , și o notează în F.O. Este impotant ca rezervorul termometrului să fie așezat în mijlocul axilei timp de 10 minute cu brațul strâns lângă corp</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-se face toaleta zilnică pe regiuni și se schimbă lenjeria de pat dacă este umedă</li> <li>-se face bilanțul ingesta-excreta/24 ore</li> </ul> <p>8.Bolnava este ajutată să se dezbrace și este susținută și ajutată în timpul igienei corporale. Este ajutată să se îmbrace. Tăierea unghiilor se face în fiecare săptămână, pieptănatul părului în fiecare zi și spălătul dinților și a feței în fiecare dimineață.</p> <p>9.Asistenta încurajează pacienta să comunice , ia măsuri profilactice pentru prevenirea complicațiilor septice , determină pacienta să participe la luarea deciziilor privind îngrijirile .</p> <p>10.Asistenta îi oferă posibilitatea sa-și exprime nevoile, să ia decizii singură, să se relaxeze, este pusă în contact cu alte bolnave care au evoluat pozitiv,</p>	<p><b>14.05.2002</b></p> <table border="0"> <tr> <td>AMPICILINĂ</td> <td>500 mg 1 fl/6 h</td> </tr> <tr> <td>BROMEXIN</td> <td>3 cp/zi</td> </tr> <tr> <td>PARACETAMOL</td> <td>2 cp/zi</td> </tr> <tr> <td>ROMERGAN</td> <td>½ fiolă i.m.</td> </tr> </table>	AMPICILINĂ	500 mg 1 fl/6 h	BROMEXIN	3 cp/zi	PARACETAMOL	2 cp/zi	ROMERGAN	½ fiolă i.m.
AMPICILINĂ	500 mg 1 fl/6 h								
BROMEXIN	3 cp/zi								
PARACETAMOL	2 cp/zi								
ROMERGAN	½ fiolă i.m.								

ROLUL PROPRIU	ROLUL DELEGAT
<p>i se administrează antidepresive, tranchilizante</p> <p>11.Încurajează pacienta să-și exprime sentimentele, facilitează satisfacerea convingerilor sale</p> <p>12.Asistenta planifică cu pacienta activități recreative</p> <p>-evită suprasolicitările</p> <p>-este determinată să-și exprime sentimentele și emoțiile</p> <p>13.Asistenta observă și notează orice schimbare</p> <p>-ajută bolnava să se adapteze la noua situație</p> <p>-este antrenată în desfășurarea activităților preferate</p> <p>14.Asistenta conștientizează bolnava despre boala sa și despre importanța educației sanitare ce are un rol deosebit</p> <p>-identifică obiceiurile greșite,le corectează și întocmește un program de recuperare</p> <p><b>12.05.2002</b></p> <p>-asistenta pregătește bolnava pentru investigațiile paraclinice</p> <p>Pentru recoltarea așgului asistenta liniștește bolnava și îi explică în ce constă tehnica rugând-o ca în dimineața recoltării să nu bea nimic și să nu mănânce</p> <p>-pentru urină și materii fecale bolnava este rugată ca dimineața imediat după ce se trezește să-și efectueze toaleta organelor genitale și să depună produsele în vase curate , uscate</p> <p>-asistenta etichetează și trimite la laborator produsele recoltate</p> <p>-măsoară funcțiile vitale : puls , TA , respirație dimineața și seara după care le trece în foaia de observație</p>	

## CAZUL II

NUME : C.M.

VÂRSTA : 66 ani

SEX : feminin

STARE CIVILĂ : căsătorită

CONDIȚII DE VIAȚĂ ȘI MUNCĂ :-nu bea și nu fumează

-locuiește în apartament cu două camere împreună cu soțul

-este pensionară

RELIGIE : ortodoxă

DIAGNOSTIC MEDICAL : INSUFICIENȚĂ VENTRICULARĂ STÂNGĂ

INFARCT MIOCARD ACUT ANTEROSEPTAL RECENT

CULEGERI DE DATE	ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE	OBIECTIVE	EVALUARE
<p>1.Nevoia de a respira și a avea o bună circulație</p> <p>-frecvența respiratorie 18 r/min</p> <p>-dispnee la eforturi mici</p> <p>-tuse seacă iritativă</p> <p>-puls 80 b/min</p> <p>-TA 85/55 mm Hg</p> <p>2.Nevoia de a bea și mânca</p> <p>-senzație de vomă</p> <p>3.Nevoia de a elimina transpirații</p> <p>4.Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură</p> <p>-absența mișcării</p> <p>-dureri retrosternale cu caracter de</p>	<p>1.Respirație groasă din cauza dispneei și a tusei . Bolnava are puls bine bătut cu pauze egale între pulsații , este hipotensivă.</p> <p>2.după administrarea unui antivomitiv (Emetiral) nevoia este satisfăcută</p> <p>3.Nevoia nu este afectată</p> <p>-pacient independent</p> <p>4.Nevoia este afectată în totalitate din cauză că pacienta a suferit un infarct miocardic și prezintă dureri retrosternale cu</p>	<p>1.Pacienta să respire liber pe nas</p> <p>-să prezinte căile respiratorii permeabile</p> <p>-să prezinte o circulație adecvată</p> <p>-să fie echilibrată psihic</p> <p>2.Pacienta să aibă o stare de bine fără grețuri și vărsături</p> <p>-să fie echilibrată psihic</p> <p>3.Pacienta să-și mențină starea de dependență</p> <p>4.Pacienta să-și mențină integritatea tegumentelor</p> <p>-să aibă tonusul și funcția musculară păstrată</p>	<p>Bolnava în vârstă de 66 de ani cu I.M.A. arterospetal recent se internează pentru:</p> <p>-dispnee nocturnă , febră , stare generală alterată, dureri retrosternale.</p> <p>Examenul clinic și paraclinic stabilește diagnosticul de insuficiență ventriculară stângă.</p> <p>În urma tratamentului simptomele dispar. Bolnava devine afebrilă se externează cu următoarele recomandări:</p> <p>-regim alimentar fără sare</p>

CULEGERI DE DATE	ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE	OBIECTIVE	EVALUARE
<p>Apăsare</p> <p>5.Nevoia de a dormi și a se odihni -somm înrrupt în timpul nopții -neliniște -oboseală</p> <p>6.Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca -incapacitatea de a se deplasa din cauza repausului absolut la pat</p> <p>7.Nevoia de a menține temperatura corpului în limite constante t= 38,8 grde C</p> <p>8.Nevoia de a-și păstra tegumentele și fanerele curate -tegumente acoperite de transpirație</p> <p>9.Nevoia de a evita pericolele</p> <p>10.Nevoia de a comunica</p> <p>11.Nevoia de a acționa conform propriilor convingeri și valori, de a practica religia</p>	<p>Caracter de apăsare declanșate după effort de tuse și care cedează la Nitroglicerină</p> <p>5.Dificultatea de a dormi și de a se odihni din cauza neliniștii , a obselii</p> <p>6.Dificultatea în satisfaceri nevoii din cauza că pacienta trebuie să stea în repaus absolut la pat</p> <p>7.Nevoia este afectată din cauza sindromului febril</p> <p>8.Dificultate în satisfacera nevoii din cauza imposibilității deplasării</p> <p>9.Nevoia nu este afectată -pacient independent</p> <p>10.Comunicare ineficientă din cauza bolii pe care o are pacienta (infarct miocardic)</p> <p>11.Nevoia este satisfăcută pentru că pacienta are credință</p>	<p>-pacienta să aibă o postură adecvată</p> <p>5.Pacienta să beneficieze de somn calitativ și cantitativ -să fie odihnită și cu tonus bun</p> <p>6.Pacienta se poate îmbrăca și dezbrăca singură</p> <p>7.Pacienta să-și mențină temperatura corpului în limita normală</p> <p>8.Pacienta să prezinte tegumente și mucoase curate -să nu devină sursă de infecție</p> <p>9.Pacienta să-și mențină starea de dependentă</p> <p>10.Pacienta să se folosească de mijloacele de comunicare adecvate</p> <p>11.Pacienta să-și păstreze imaginea pozitivă de sine</p>	<p>-tratament medicamentos cu :</p> <p>-TROMBOSTOP 1tb/zi</p> <p>-CAPTOPRIL ½ tb/zi</p> <p>-FUROSEMID 1 tb x 2/zi</p> <p>-DIGOXIN 1 tb/zi</p> <p>-ASPACARDIN 2 tb/zi</p> <p>-MAYCOR 2 tb x 2/zi</p>

CULEGERI DE DATE	ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE	OBIECTIVE	EVALUARE
<p>12.Nevoia de a se recrea -tristețe</p> <p>13.Nevoia de a se realiza</p> <p>14.Nevoia de a se învăța cum să-ți păstrezi sănătatea</p> <p><b>Motivel internării:</b> -dispnee la eforturi mici -tuse seacă iritativă -dureri retrosternale cu caracter de apăsare declanșată după effort de tuse și care cedează la Nitroglicerină -brusc în timpul nopții prezintă alterarea stării generale cu dispnee intensă, continuând cu : -febră -frison -senzație de vomă -TA 85/55 mm Hg -puls 80 b/min</p> <p>Data internării: 16.03.2002 Data externării: 29.03.2002</p>	<p>12.Dificultăți în satisfacerea nevoii din cauza tristeții</p> <p>13.Dificultate în a participa la activitățile noi sau obișnuite , sentiment de inutilitate</p> <p>14.Pacienta dorește să afle cât mai multe informații despre boala sa</p>	<p>12.Pacienta să prezinte o stare de bună dispoziție -să-și recapete încrederea în forțele proprii</p> <p>13.Pacienta să fie conștientă de propria valoare și competență</p> <p>14.Pacienta să acumuleze noi cunoștințe -pacienta să-și recapete încrederea și stima de sine</p>	

## ROLUL ASISTENTEI MEDICALE

<b>ROLUL PROPRIU</b>	<b>ROLUL DELEGAT</b>																																				
<p>1.Asistenta va asigura o camera luminoasa si bine aerisita</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-umezește aerul încăperii</li> <li>-asigură un aport de lichide suficient pe 24 h</li> <li>-învață pacienta să tușască , să expectoreze</li> <li>-administrează medicamente antitusive , expectorante , bronhodilatatoare</li> <li>-aplică tehnici de favorizare a circulație</li> </ul> <p>2.Asistenta ajută bolnava în caz de vărsături</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-face bilanțul lichidelor ingerate și eliminate</li> <li>-asigură un climat confortabil</li> <li>-încurajează pacientul</li> <li>-îi explică scopul intervențiilor</li> </ul> <p>3.Asistenta urmărește și notează în F.O. numărul și aspectul scaunelor . Servește bolnava cu bazinet când este cazul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la nevoie și la indicația medicului efectuează o clismă evacuatorie sau în caz de diaree servește bolnavului o supă de morcovi, de orez , pâine prăjită , carne slabă fiartă</li> <li>-protejează patul cu mușama sau aleză</li> <li>-curăță și usucă regiunea anlă după fiecare scaun</li> <li>-aplică crème protectoare</li> <li>-dă dovadă de înțelegere și răbdare menajând pudoarea bolnavei</li> </ul> <p>4.Pentru o bună postură asistenta planifică exerciții active și pasive , plimbări , masaje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-schimbă poziția bolnavei la 2-3 h , masează și pudrează zonelor expuse escalelor</li> </ul>	<p>Asistenta participă la : -investigații -tratament</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">VSH la 1h 54 mm</td> <td style="width: 40%;">(V.N. 8-12 mm)</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">la 2h 88 mm</td> <td>(V.N. 12-20 mm)</td> </tr> <tr> <td>Fibrinogen – 4,7 g%</td> <td>(V.N. 0,2-0,4 g%)</td> </tr> <tr> <td>Glicemie - 1,33 mg%</td> <td>(V.N. 0,9 mg%)</td> </tr> <tr> <td>Acid uric –3,7mg%</td> <td>(V.N. 2-4 mg%)</td> </tr> <tr> <td>Creatinină –0,95 mg%</td> <td>(V.N. 1-2 mg%)</td> </tr> <tr> <td>Uree - 33mg%</td> <td>(V.N. 24 mg%)</td> </tr> <tr> <td>TGO 7 UI</td> <td>(V.N. 8-4 UI)</td> </tr> <tr> <td>TGP 5 UI</td> <td>(V.N. 5-35 UI) <sup>3</sup></td> </tr> <tr> <td>Leucocite –6500 mm</td> <td>(V.N. 6-8000 mm )</td> </tr> </table> <p>Administrarea medicamentelor după următoarea schemă de tratament :</p> <p><b>16-17-18.03.2002</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">TROMBOSTOP</td> <td style="width: 40%;">1 tb x 3</td> </tr> <tr> <td>CAPTOPRIL 25 mg</td> <td>1 tb(1/4 x 2 ) x 3</td> </tr> <tr> <td>NITRODERM</td> <td>3 buc</td> </tr> <tr> <td>FUROSEMID</td> <td>1 tb x 3</td> </tr> <tr> <td>ASPACARDIN</td> <td>2 tb x 3</td> </tr> <tr> <td>DIAZEPAM</td> <td>1 tb x 3</td> </tr> <tr> <td>CODENAL</td> <td>2 tb x 3</td> </tr> <tr> <td>ISODINIT 20 mg</td> <td>2 tb x 3</td> </tr> </table>	VSH la 1h 54 mm	(V.N. 8-12 mm)	la 2h 88 mm	(V.N. 12-20 mm)	Fibrinogen – 4,7 g%	(V.N. 0,2-0,4 g%)	Glicemie - 1,33 mg%	(V.N. 0,9 mg%)	Acid uric –3,7mg%	(V.N. 2-4 mg%)	Creatinină –0,95 mg%	(V.N. 1-2 mg%)	Uree - 33mg%	(V.N. 24 mg%)	TGO 7 UI	(V.N. 8-4 UI)	TGP 5 UI	(V.N. 5-35 UI) <sup>3</sup>	Leucocite –6500 mm	(V.N. 6-8000 mm )	TROMBOSTOP	1 tb x 3	CAPTOPRIL 25 mg	1 tb(1/4 x 2 ) x 3	NITRODERM	3 buc	FUROSEMID	1 tb x 3	ASPACARDIN	2 tb x 3	DIAZEPAM	1 tb x 3	CODENAL	2 tb x 3	ISODINIT 20 mg	2 tb x 3
VSH la 1h 54 mm	(V.N. 8-12 mm)																																				
la 2h 88 mm	(V.N. 12-20 mm)																																				
Fibrinogen – 4,7 g%	(V.N. 0,2-0,4 g%)																																				
Glicemie - 1,33 mg%	(V.N. 0,9 mg%)																																				
Acid uric –3,7mg%	(V.N. 2-4 mg%)																																				
Creatinină –0,95 mg%	(V.N. 1-2 mg%)																																				
Uree - 33mg%	(V.N. 24 mg%)																																				
TGO 7 UI	(V.N. 8-4 UI)																																				
TGP 5 UI	(V.N. 5-35 UI) <sup>3</sup>																																				
Leucocite –6500 mm	(V.N. 6-8000 mm )																																				
TROMBOSTOP	1 tb x 3																																				
CAPTOPRIL 25 mg	1 tb(1/4 x 2 ) x 3																																				
NITRODERM	3 buc																																				
FUROSEMID	1 tb x 3																																				
ASPACARDIN	2 tb x 3																																				
DIAZEPAM	1 tb x 3																																				
CODENAL	2 tb x 3																																				
ISODINIT 20 mg	2 tb x 3																																				

<b>RORUL PROPRIU</b>	<b>ROLUL DELEGAT</b>
<p>5.Asistenta urmărește calitatea somnului și satisfacerea celorlalte nevoi -întocmește un program de odihnă corespunzător și administrează tranchilizante la indicația medicului</p> <p>6.Asistenta acordă timp suficient pentru îmbrăcat și dezbrăcat , indică folosirea hainelor largi și a încălțăminteii comode , fără șireturi</p> <p>7.Asistenta aerisește încăperea , aplică comprese reci , încălzește bolnava în caz de frisoane -măsoară dimineața și seara temperatura și o notează în F.O. -se face toaleta zilnică pe anumite regiuni și se schimbă lenjeria de pat dacă este umedă</p> <p>8.Bolnava este ajutată să se îmbrace , să se pieptene , să-și facă toaleta cavității bucale , să-și taie unghiile -în timpul efectuării igienei corporale asistenta o va servi cu săpun ,prosop , o va susține și o va ajuta pe pacientă</p> <p>9.Asistenta asigură condițiile de mediu adecvate, amplasează pacienta în salon în funcție de stare , afecțiune și receptivitate -împreună cu pacienta stabilesc planul de recuperare a stării de sănătate și creșterea rezistenței fizice</p> <p>10.Asistenta liniștește pacienta referitor la starea sa , o familiarizează cu mediul , explică scopul intervențiilor, administrează medicamentele prescrise</p> <p>11.Încurajează pacienta să-și exprime sentimentele în legătură cu problema sa , o asigură de confidențialitate , comunică des cu pacienta , caută modalități de practicare a religiei</p>	<p><b>19-20-21.03.2002</b></p> <p>TROMBOSTOP 1 tb x 3 CAPTOPRIL 25 mg 1 tb(1/4 x 2 ) x 3 FUROSEMID 1 tb x 3 ASPACARDIN 2 tb x 3 DIAZEPAM 1 tb x 3 CODENAL 2 tb x 3 ISODINIT 20 mg 2 tb x 3</p> <p><b>22-23-24.03.2002</b></p> <p>TROMBOSTOP 1 tb x 3 CAPTOPRIL 25 mg 1 tb(1/4 x 2 ) x 3 FUROSEMID 1 tb x 3 ASPACARDIN 2 tb x 3 DIAZEPAM 1 tb x 3 CODENAL 2 tb x 3 ISODINIT 20 mg 2 tb x 3 DIGOXIN 2 tb x 3</p> <p><b>25-26-27.03.2002</b></p> <p>TROMBOSTOP 1 tb x 3 CAPTOPRIL 25 mg 1 tb(1/4 x 2 ) x 3 FUROSEMID 1 tb x 3 ASPACARDIN 2 tb x 3 DIAZEPAM 1 tb x 3 CODENAL 2 tb x 3 ISODINIT 20 mg 2 tb x 3 DIGOXIN 2 tb x 3</p>

<b>RORUL PROPRIU</b>	<b>ROLUL DELEGAT</b>
<p>12.Asistenta planifică cu pacienta activități recreative , îi asigură un mediu corespunzător , evită suprasolicitările  -îi câștigă încrederea și o ajută și o ajută să-și depășească dificultățile  -o învață tehnici de relaxare , planifică și organizează activități recreative cu consecvență și perseverează în cele care corespund constituției psihosomatice a pacientei</p> <p>13.Pacienta este antrenată în desfășurarea activităților preferate  -este îndrumată spre activități atractive și utile  -este ajutată în reevaloarea aspirațiilor , sentimentelor și capacităților sale</p> <p>14.Asistenta stimulează pacientei dorința de cunoaștere , motivează importanța acesteia , conștientizează bolnava despre boală și sănătate  -verifică însușirea cunoștințelor de către pacientă , îi câștigă încrederea acesteia  -o orientează spre activități corespunzătoare capacităților sale</p>	<p><b>28-29.03.2002</b></p> <p>TROMBOSTOP 1 tb x 3  CAPTOPRIL 25 mg 1 tb(1/4 x 2 ) x 3  FUROSEMID 1 tb x 3  ASPACARDIN 2 tb x 3  DIAZEPAM 1 tb x 3  CODENAL 2 tb x 3  ISODINIT 20 mg 2 tb x 3  DIGOXIN 2 tb x 3</p>

## CAZUL III

NUME : B.M.

VÂRSTA : 49 ani

SEX : feminin

STARE CIVILĂ : căsătorită

CONDIȚII DE VIAȚĂ ȘI MUNCĂ : -locuiește în apartament cu 3 camere împreună cu soțul și cei 2 copii

-profesia : vânzătoare

-bea și fumează ocazional

RELIGIE : ortodoxă

**DIAGNOSTIC MEDICAL : CARDIOMIOPATIE DISMETABOLICĂ  
TULBURĂRI PAROXISTICE DE RITM ÎN  
ANTECEDENTE**

<b>CULEGEREA DE DATE</b>	<b>ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE</b>	<b>OBIECTIVE</b>	<b>EVALUARE</b>
<p>1.Nevoia de a respira și a avea o bună circulație</p> <p>-frecvență respiratorie 16 r/min</p> <p>-tipul respirației costal superior</p> <p>-puls 80 b/min , bine bătut</p> <p>-TA 85/50 mm Hg</p> <p>-dispnee</p> <p>2.Nevoia de a bea și de a mânca</p> <p>-scăderea poftei de mâncare</p> <p>-dureri abdominale</p>	<p>1.Nevoia este perturbată din cauza dispneei care se manifestă prin lipsa de aer și a tensiunii arteriale care este mică (hipotensiune arterială)</p> <p>2.Alimentație inadecvată prin :</p> <p>-tulburărilor de digestie</p> <p>-inapetență</p> <p>-scăderea în greutate</p>	<p>1.Pacienta să respire bine pe nas</p> <p>-să prezinte o circulație adecvată</p> <p>-să fie echilibrată psihic</p> <p>2.Pacienta să fie echilibrată hidro – electrolitic și nutrițional</p> <p>- să fie echilibrată psihic</p> <p>-să aibă greutate în funcție de înălțime , vârstă,sex</p>	<p>Bolnava în vârstă de 49 de ani diagnosticată cu cardiomiopatie dismetabolică se internează acuzând :</p> <p>-amețeli</p> <p>-dispnee</p> <p>-palpitații</p> <p>-parestezii</p> <p>-dureri precordiale sub formă de apăsare</p> <p>În urma tratamentului simptomele se remit și se recomandă la externare următoarele :</p> <p>-regim hiposodat și hipolipidic</p> <p>-inerzicerea efortului fizic , fumatul și alcoolul</p> <p>-tratament medicamentos cu :</p> <p>Propanolol 40 mg</p> <p>½ tb x 2/zi</p>

CULEGEREA DE DATE	ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE	OBIECTIVE	EVALUARE
<p>3.Nevoia de a elimina -scaune de consistență tare ce prezintă dificultate la eliminare -eliminarea scaunelor are loc la 3-4 zile</p> <p>4.Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură -durri precordiale sub formă de anguasă -amețeli</p> <p>5.Nevoia de a dormi și a se odihni -somm întrerupt în toitul nopții -neliniște -oboseală</p> <p>6.Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca -bolnava este capabilă să se îmbrace și să se dezbrace parțial</p> <p>7.Nevoia de a menține temperatura corpului în limite constante t=36,9 grade C</p> <p>8.Nevoia de a-și păstra tegumentele și fanerele curate</p>	<p>3.Eliminarea inadecvată caltativ și cantitativ di cauza alimentației inadecvate și a constipației</p> <p>4.Nevoia nu este satisfăcută din cauza amețelilor și durerilor precordiale pe care bolnava le prezintă. Pacient dependent.</p> <p>5.Dificultate în a dormi și a se odihni din cauza neliniștii , oboseli și a durerilor care o chinuie</p> <p>6.Nevoia nu este satisfăcută în totalitate din cauza amețelilor și durerilor care o chinuie</p> <p>7.Nevoia este satsfăcută . Pacient independent.</p> <p>8.Nevoia nu este satisfăcută în totalitate datorită durerii prezente</p>	<p>3.Pacienta să aibă un tranzit intestinal în limite fiziologice -să aibă mucoasa perineală curată și integră</p> <p>4.Pacienta să-și păstreze funcția și tonusul muscular -să-și mențină integritatea fizică</p> <p>5.Pacienta să beneficieze de somm calitativ și cantitativ -să fie odihnită și cu tonus bun</p> <p>6.Pacienta să se poată îmbrăca și dezbrăca singură</p> <p>7.Pacienta să-și mențină starea de dependență</p> <p>8.Pacienta să prezinte tegumente și mucoase curate</p>	

<b>CULEGEREA DE DATE</b>	<b>ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE</b>	<b>OBIECTIVE</b>	<b>EVALUARE</b>
<p>-tegumente acoperite de transpirație</p> <p>9.Nevoia de a evita pericolele</p> <p>10.Nevoia de a comunica</p> <p>11.Nevoia de a acționa conform propriilor convingeri și valori , de a practica religia -depresie (furie împotriva lui Dumnezeu)</p> <p>12.Nevoia de a se recrea -anexitate -durere</p> <p>13.Nevoia de a se realiza</p> <p>14.Nevoia de a învăța cum să-ți păstrezi sănătatea</p>	<p>9.Dificultate în satisfacerea nevoii datorită integrității fizice</p> <p>10.Nevoia nu este satisfăcută în totalitate din cauza anxietății . Pacienta este se devalorizează</p> <p>11.Crede în existența lui Dumnezeu dar crede că asupra ei se revarsă toate păcatele familiei</p> <p>12.Nevoia nu este satisfăcută în totalitate din cauza durerii și anxietății</p> <p>13.Dificultatea în a participa la activitățile noi sau obișnuite, sentiment de inutilitate</p> <p>14.pacienta are cunoștințe suficiente despre această boală</p>	<p>-să nu devină sursă de infecție</p> <p>9.Pacienta să-și satisfacă nevoile în funcție de sănătate și gradul de dependență</p> <p>10.Pacienta să fie echilibrată psihic -să aibă percepții de sine pozitive</p> <p>11.Pacienta este să-și păstreze imaginea pozitivă de sine</p> <p>12.Pacienta să przinte o stare de bună dispoziție -să-și recapete încrederea în forțele proprii</p> <p>13.Pacienta să fie conștientă de propria valoare</p> <p>14.Pacienta să-și recapete încrederea și stima de sine</p>	

<p><b>Motivele internării</b> : -amețeli -dispnee -dureri precordiale -TA 85/50 mm Hg</p> <p>Data internării : 12.05.2002 Data externării : 15.05.2002</p>			
--	--	--	--

## ROLUL ASISTENȚEI MEDICALE

ROLUL PROPRIU	ROLUL DELEGAT
<p>1.Asistenta învață pacienta să intrerupă consumul de tutun , alcool , cafea . Să aibă o alimentație bogată în fructe , zarzavaturi .</p> <p>-administrează medicația prescrisă</p> <p>-urmărește efectul medicamentelor</p> <p>-aplică tehnici de favorizare a circulație , exerciții și masaj</p> <p>2.Asistenta va recurge la alimentația parentală bogată în vitamine</p> <p>-face bilanțul lichidelor ingerate și cele eliminate</p> <p>-servește pacienta cu alimente la temperatură moderată , la ore regulate și prezentate atrăgător</p> <p>-alcătuiește un regim alimentar hipocaloric</p> <p>3.Rolul asistentei constă în urmărirea și notarea în F.O. a consistenței scaunelor , frecvența lor și eventual clisma evacuatorie</p> <p>-curăță și usucă regiunea anală după fiecare scaun</p> <p>-aplcă creme protectoare</p> <p>-protejează patul cu aleză și mușama</p> <p>4.Planifică un program de exerciții în funcție de cauza imobilității și capacitatea pacientei</p> <p>-suplinește nevoia și îl servește cu cele necesare</p> <p>5.Asistenta învață pacientul tehnici de relaxare , exerciții de respirație</p> <p>-notează în F.O. numărul orelor , calitatea somnului și satisfacerea celorlalte nevoi</p> <p>6.Asigură timp suficient pentru îmbrăcat și dezbrăcat , asigură poziția șezândă dacă bolnava amețește</p> <p>-educă bolnava să folosească haine largi și încălțăminte comodă fără șireturi</p> <p>7.Asistenta aerisește încăperea , face bilanțul ingesta-excreta pe 24 h , schimbă lenjeria de pat și de corp , menține igiena tegumentelor</p> <p>8.Asistenta face toaleta bolnavului , ajută pacienta să se îmbrace , să se dezbrace , să se pieptene , să-și taie unghiile , să facă toaleta cavității bucale</p>	<p>Recoltarea sângelui pentru analize de laborator</p> <p>VSH la 1h 40 mm (V.N. 8-12 mm) la 2h 55 mm (V.N. 12-20 mm)</p> <p>Colesterol-150mg% (V.N. 150-250 mg%)</p> <p>Lipide-530mg% (V.N. 500-700 mg%)</p> <p>Glicemie-1,01 mg% (V.N. 0,9 mg%)</p> <p>Acid uric-3,22 mg% (V.N. 2-4 mg%)</p> <p>Creatină-0,6 mg% (V.N. 1-2 mg%)</p> <p>Uree-70 mg% (V.N. 24 mg%)</p> <p>Hemoglobină-13,2% (V.N. 80%)</p> <p>Hematocrit-41%<sup>3</sup> (V.N. 42%)<sup>3</sup></p> <p>Leucocite-8400 mm (V.N. 6000-8000 mm)</p> <p>Tratamentul medicamentos se administrează după următoarea schemă de tratament :</p> <p><b>12-13-14.04.2002</b></p> <p>PROPANOL 40 mg tb (1/4 x 3) x 3 / zi</p> <p><b>15.04.2002</b></p> <p>PROPANOL 40 mg tb 1/4 x 3 / zi</p> <p>CIOCOLAX tb III/zi</p> <p>DIGESTIN tb 3/zi</p> <p>DIAZEPAM tb 1/zi</p>

<b>RORUL PROPRIU</b>	<b>ROLUL DELEGAT</b>
<p>-încurajează permanent pacienta , îi explică necesitatea intervențiilor</p> <p>9.Asigură condiții de mediu adecvate , împreună cu pacienta stabilesc planul de recuperare a stării de sănătate și creșterea rezistenți fizice</p> <p>10.Liniștește pacienta referitor la starea sa , o familiarizează cu mediu</p> <p>-pune în valoare capacitățile și talentele pacientei</p> <p>11.Asistenta ajută bolnava să identifice cauza , o încurajează să-și exprime sentimentele și nevoile , o asigură de confidențialitate</p> <p>12.Asistenta planifică împreună cu bolnava activități recreative , evită suprasolicitările</p> <p>-determină pacienta să-și exprime sentimentele și emoțiile</p> <p>13.O antrenează în desfășurarea activității preferate , o îndrumă spre activități atractive și utile</p> <p>-aplică tehnici de îngrijire adaptate la nevoile pacientei</p> <p>14.Asistenta stimulează dorința de cunoaștere , motivează importanța acesteia , organizează activități educative , verifică însușirea cunoștințelor de către pacientă</p>	

# ANATOMIA ȘI FIZIOLOGIA APARATULUI CARDIOVASCULAR

## INIMA (COR)

Inima este considerată ca organ central al întregului aparat cardiovascular , a cărei funcționare asigură circulația sângelui , limfei și a lichidului interstițial .

## AȘEZARE

Inima se găsește așezată în cavitatea toracică , în etajul inferior al mediostinului anterior .

## FORMĂ , DIMENSIUNI

Inima are formă aproximativă a unui con turtit antero-posterior , cu înălțimea mai mică decât diametrul bazei ; înălțimea este de aproximativ 89 mm , iar diametrul bazei de aproximativ 105 mm . Greutatea sa este aproximativ 300 g .

## PERICARDUL

Inima este învelită într-o formațiune membruoasă care poartă denumirea de pericard . Pericardul este format din două părți : cea fibroasă și cea parietală . Pericardul seros căptușește pericardul fibros și , fiind o seroasă , este format dintr-o foiță viscerală (epicard) și cea parietală . Între foițele pericardului seros există o cavitate virtuală , numită cavitate pericardică . Foițele pericardice sunt umezite de lichidul pericardic , care ușurează alunecarea acestora în timpul mișcărilor inimii . În cazuri patologice , când crește cantitatea de lichid pericardic , el îngreunează mișcările acesteia .

## **CONFIGURAȚIA EXTERNĂ A INIMII**

Inima prezintă : o față anterioară , o față posterioară , două margini , un vârf și o bază.

Fața anterioară este orientată spre stern și coaste , din care cauză se mai numește fața sternocostală . Pe această față sunt două șanțuri : șanțul longitudinal anterior sau șanțul interventricular anterior și șanțul atrioventricular sau șanțul coronar .

Fața posterioară mai este numită și fața diafragmatică , pentru că este orientată spre diafragn . pe această față sunt se asemenea două șanțuri : șanțul interventricular posterior și șanțul coronar .

## STRUCTURA INIMII

Inima este un organ cavitat muscular , cu o structură caracteristică , potrivit funcțiilor pe care le îndeplinește . În structura ei , avem : cavitățile inimii și peretele inimii .

### CAVITĂȚILE INIMII

Din punct de vedere anatomic , fiziologic și patologic se deosebesc o inimă (cord) stâng și o inimă dreaptă .

Inima stânga este alcătuită din atriul și ventricolul stâng , separate prin orificiul atrioventricular . Atriul stâng primește sânge arterial , care vine prin plămân prin cele patru vene pulmonare . Orificiul atrioventricular stâng sau mitral este prevăzut cu două valve , care îl închid în timpul sistolei și îl lasă deschis în timpul diastolei . Ventricolul stâng primește în diastolă sângele care vine din atriul stâng , iar în sistolă îl evacuează în arteră prin orificiul aortei , prevăzut cu tri valve de aspect semilunar (valva sigmoidă aortică). Orificiul mitral și cel aortic constituie sediul de elecție al cardiopatiilor reumatismale (stenoza mitrală și insuficiența aortică) .

Inima dreaptă este alcătuită din atriul și ventricolul drept , separate prin orificiul atrioventricular drept .

Atriul drept primește sânge venos din marea circulație prin orificiile venei cave superioare și al venei inferioare .

Orificiul atrioventricular drept sau orificiul tricuspoid este prevăzut cu trei valve , care închid orificiul în sistolă și îl deschid în diastolă . Ventricolul drept primește sângele din atriul drept în timpul diastolei și îl evacuează în timpul sistolei în artera pulmonară , prin orificiul pulmonar , prevăzut – ca și orificiul aortic – cu trei valve cu aspect similar . Inima dreaptă este motorul miciei circulații . Există deci o mare circulație sau **circulație sistematică** și mică circulație sau **circulație pulmonară** . Pereții atriiilor și ai ventriculilor se contractă ritmic : mai întâi cele două atrii , apoi cei doi ventriculi , sincron , expulzând aceiași cantitate de sânge pe care o primesc . Atriul drept primește sânge venos din întregul organism prin venele cave și îl împinge în ventricolul drept , de unde , prin arterele pulmonare , ajunge în plămâni , unde se oxigenează , pierzând CO<sub>2</sub> . Prin venele pulmonare ajunge în atriul stâng , de unde trece în ventricolul stâng și de aici – prin artera aortă – este distribuit în toate țesuturile și organele .



Peretele inimii este alcătuit din trei tunici : endocardul , miocardul și pericardul .

\*Endocardul sau tunica internă căptușește interiorul inimii , iar pliurile sale formează aparatele valvulare.

\*Miocardul sau mușchiul cardiac este tunica mijlocie , fiind alcătuit din miocardul propriu-zis sau miocardul contractil și din țesutul specific sau excitoconductor . Miocardul contractil are o grosime diferită în cei doi ventriculi . Astfel , ventricolul stâng , cu rol de a pulsa sânge în tot organismul , are un perete mult mai gros decât cel drept , care împinge sângele numai spre cei doi plămâni . Atriile au un perete mult mai subțire decât al ventriculilor .

Țesutul specific este constituit dintr-un mușchi cu aspect embrionar , foarte bogat în celule nervoase , și mai cuprinde :

- nodul sino-atrial Keith-Flack , situat în peretele atriului drept , aproape de orificiul de vărsare al venei cave superioare ;

- sistemul de conducere atrio-ventricular , alcătuit din nodul atrio-ventricular Aschoff-Tawara , situat în partea postero-inferioară a septului interatrial fasciculul His , care ia naștere din nodul Aschoff-Tawara , coboară în peretele interventricular și se împarte în două ramuri (dreapta și stânga) , care se termină prin rețeaua anastomică Purkinje în miocardul ventricular

\*Pericardul este tunica externă a inimii – o seroasă care cuprinde , ca și pleura , două foi : una viscerală , care acoperă miocardul , și alta parietală , care vine în contact cu organele din vecinătate . Între cele două foi se află cavitatea pericardică .

În starea patologică , cele trei tunici pot fi afectate separat (miocardita , endocardita sau periocardita) sau simultan (panacardită) .

Vascularizația inimii este realizată prin cele două artere coronare . Venele coronare urmează traiectul arterelor și se varsă în sinusul coronar , care se deschide în atriul drept .

Intervenția inimii se face prin firușoare nervoase primite de la sistemului simpatic și parasimpatic .

# FIZIOLOGIA INIMII

## ACTIVITATEA INIMII

Inima fiind un organ muscular , activitatea sa sa caracterizează prin contracții și relaxări ,ce se succed cu regularitate . Contractia inimii se numește sistolă , iar relaxarea diastolă.

O sistolă , împreună cu diastola care îi urmează reprezintă o revoluție cardiacă sau un ciclu cardiac .

Într-o revoluție cardiacă , sistola și diastola se succed la un interval de timp bine determinat . Numărul revoluției cardiace pe minut este determinat de vârsta și de starea organismului; aceasta determină și durata revoluției cardiace . Așa , de exemplu , la adult , numărul revoluțiilor cardiace în repaus este de 70 – 80 /min , pe când la copil este mult mai mare ; de exemplu , la nou- născut ajunge până la 150 /min .

Revoluția cardiacă începe cu sistole atrială , care durează 0,1 secunde , timp în care sângele este împins în ventricule .

După terminarea sistolei atriale , atriile intră în diastolă , diastola atrială , care durează 0,7 secunde . În timpul diastolei atriale , presiunea în atri scade foarte mult și sângele trece din vene în atri , cuplându-le din nou . În momentul în care începe diastola arterială , începe și contractia ventriculelor , adică sistola ventriculară care durează 0,3 secunde . După ce se termină sistola ventriculară , începe diastola ventriculară , care durează 0,5 secunde . Dacă urmărim revoluția cardiacă , constatăm că din 0,8 secunde , cât durează ea . Inima , în totalitate , se găsește în sistolă 0,4 secunde și în diastolă 0,4 secunde . Acest ritm în care activează inima ne explică de ce aceasta poate funcționa toată viața fără să obosească .

## CIRCULAȚIA SÂNGELUI ÎN INIMĂ

În timpul unei revoluții cardiace , sângele prin cavitățile inimii , într-un sens bine determinat . Putem să înțelegem ușor aceasta , dacă ținem seama de faptul că circulația este dirijată de valvele atrioventriculare și de valvele sigmoide , precum și de faptul că sistolele și diastolele atriale și cele ventriculare nu au loc în același timp (nu sunt sincroane)

Circulația în inimă este strict dirijată și schimbarea ei se face numai în stări patologice .

## **CIRCULAȚIA ARTERIALĂ**

Circulația arterială este circulația sângelui în artere și este determinată de sistolele ventriculare , care realizează presiune mare .

## **PRESIUNEA ARTERIALĂ**

Starea de tensiune sub care se găsesc arterele , întreținută de forța de propulsie a sângelui și de rezistența periferică a vaselor , poartă denumirea de presiune sau tensiune arterială . Forța mușchiului cardiac face să apară presiunea , iar rezistența sistemului arterial o face să se manifeste cu ajutorul sfigmanometrului s-a determinat la un adult normal , o valoare de 110 – 125 mm Hg , pentru presiunea sistolică (maximă) și 60 – 85 mm Hg , pentru presiunea diastolică (minimă)

Presiunea arterială fiziologică este în funcție de vârstă . Este de remarcat că presiunea arterială variază cu starea funcțională a organismului , în timpul activității musculare intense sau sub acțiunea unor stări emoționale , presiunea arterială crește , pe când în timpul somnului ea scade ; acestea sunt variații mici și sunt considerate normale .

Pot să aibă loc variații patologice care atng valori mai mari sau mai mici decât cele fiziologice . Așa , de exemplu uneori , presiunea sistolică atinge valori între 70 –95 mm Hg această scădere se numește hipotensiune arterială , sau poate crește și să atingă valori ce depășesc 150 – 270 mm Hg , ceea ce poartă numele de hipertensiune arterială.

## **CIRCULAȚIA VENOASĂ**

Circulația în vene se face centriped , adică de la periferia corpului spre inimă , în timp ce circulația arterială și cea capilară se fac centrifug , adică de la inimă spre organe .

Sensul circulației venoase , poziția venelor în sistemul sanguin , precum și caracterele structurale ale venelor fac ca circulația venoasă să fie asigurată prin contribuția mai multor factori : contracțiile ventricolului stâng , aspirația toracică , comprimarea abdominală , contracțiile musculare , forța gravitațională și inducția undei pulsatile arteriale .

Circulația venoasă are o mare importanță pentru asigurarea circulației în general . Se știe că forța contracțiilor ventriculare este condiționată de gradul de întindere a fibrelor musculare , deci de aflusul de sânge din sistemul venos , iar inima trimite prin sistola ventriculară , tot atât sânge , cât primește din sistemul venos din atrii .

## **CIRCULAȚIA CAPILARĂ**

Circulația sângelui prin capilare se face continuu și foarte lent . Viteza și presiunea sângelui scăzute , peretele subțire unistratificat , suprafața mare de schimb favorizează schimburile de substanțe .

## **MAREA ȘI MICA CIRCULAȚIE**

În sistemul vascular se realizează circulația mare și circulația mică (pulmonară) .

Circulația mare asigură transportul oxigenului și al substanțelor nutritive la celule prin sistemul arterial și sistemul capilar . Acestea asigură schimburile nutritive și gazoase la nivelul țesuturilor . Sistemul venos asigură , întoarcerea sângelui cu CO<sub>2</sub> la inimă .

Circulația mică începe din ventricolul drept și se continuă spre artera pulmonară care transportă sânge încărcat cu CO<sub>2</sub> la plămâni . după oxigenare sângele este readus la inimă prin venele pulmonare .