

Ingrijirea aparatului digestiv

A.Brinzeu

Objective

- Sindroame digestive specifice pacientului de terapie intensiva
- Manevre de nursing al aparatului digestiv
- Aspecte legate de nutritia enterala a pacientului critic
- Medicatia specifica a aparatului digestiv cu utilizare in TI

Sindroame digestive specifice pacientului de terapie intensiva

1. Hemoragia digestiva superioara
2. Hemoragia digestiva inferioara
3. Ocluzia intestinului subtire
4. Ocluzia colonica
5. Ileusul
6. Pancreatita acuta

Hemoragiile digestive

Hemoragiile digestive :

relativ frecvente in TI, cauza de mortalitate si de prelungire a evolutiei pacientilor critici.

Hemoragii digestive superioare: punct de plecare in esofag, stomac sau duoden

Hemoragiile digestive superioare

Cauze esofagiene @cauze gastrice

Varice esofagiene

Esofagite

Ulceratii

Tumori

Sd. Mallory Weiss

Ulcer gastric

Tumori

Gastrita

- Varice esofagiene
ciroza hepatica
- Ulcer gastric : in TI
frecvent ulcere de
stress
- Antiinflamatoare
nesteroidiene,
aspirina

Hemoragiile digestive superioare

Cauze duodenale :

- *Ulcer duodenal*
- Boala Crohn
- Diverticul Meckel

Ulcer duodenal
cronic :

Helicobacter pylori
Fumat
Aspirina sau AINS

Evolutia precipitata
de starea critica
reactivare,
sangerare

Hemoragiile digestive superioare

Ulcerule de stress

- Complica boli grave : arsuri, politraumatisme, TCC, infectii, stari de soc
- Localizare in stomac, duoden, esofag
- Superficiale
- Multiple
- Produc hemoragii grave potential letale

Hemoragii digestive inferioare

Sediul : jejun, ileon, colon, rect

- Tumori
- Diverticuli
- Polipi
- Infectii – enterocolite
- Rectocolita ulcerohemoragica
- Ileita terminala Crohn
- Hemoroizi



HDS
masiva

Hemoragiile digestive

Evidențierea hemoragiei:

- Hematemeza cu sange digerat (zat ce cafea) sau sange proaspat
- Melena – sange negru in scaun

Hematochezie:

- sange rosu in

Semne de anemie sau/si de soc hemoragic:

- Anxietate
- Paloare
- Tahicardie, puls mic, filiform
- Hipotensiune

- Modificari biologice

Hemoragiile digestive

Atitudine terapeutica:

- Sesizarea medicului curant/de garda
- Verificare /realizare de aborduri venoase largi, multiple, periferice sau/si centrale (flexule de G14 respectiv cat mai mari posibil – 16, 17, 18)
- Verificarea grupei de sange
- Tratamentul socului hipovolemic

Hemoragiile digestive

Tratamentul anemiei acute grave –

transfuzie

Masa eritrocitară

Sange integral



Hemoragiile digestive

Factori de coagulare – plasma

proaspata c

Crioprecipita

PPSB

Masa tromb



Factori de coagulare

Crioprecipitat:

Fibrinogen – 1 U

Crio / 5kg creste
fibrinogenul cu
100mg

Factor VIII

Factor von Willebrand
Factor XIII

PPSB :
concentrat de
complex
protrombinic
Factori II, VII, IX,
X

Hemoragiile digestive

- Verificarea / montarea sondei gastrice
- Topice cu efect protector gastro – duodenal - sucralfat
- Inhibitori de pompa de protoni : omeprazol, pantoprazol, esomeprazol
- Endoscopie digestiva : gastroscopie, recto, colonoscopie
- Tratament chirurgical

Ocluzia intestinala si ileusul

Pasajul continutului prin lumenul intestinal este oprit .

Obstacol – **ocluzie** (factor anatomic)

Paralizia tractului intestinal – **ileus** (factor functional)

Ocluzia intestinala si ileusul

Cauzele

Extrinseci: hernii strangulate, volvulus, compresiuni prin tumori, bride,

Leziuni intrinseci:

tumori benigne sau maligne,

processe inflamatorii stenozante (boala Crohn, TBC intestinal, stenoze postcaustice)

Hematom de perete

Ocluzia intestinala si ileusul

Cauze intraluminalale :

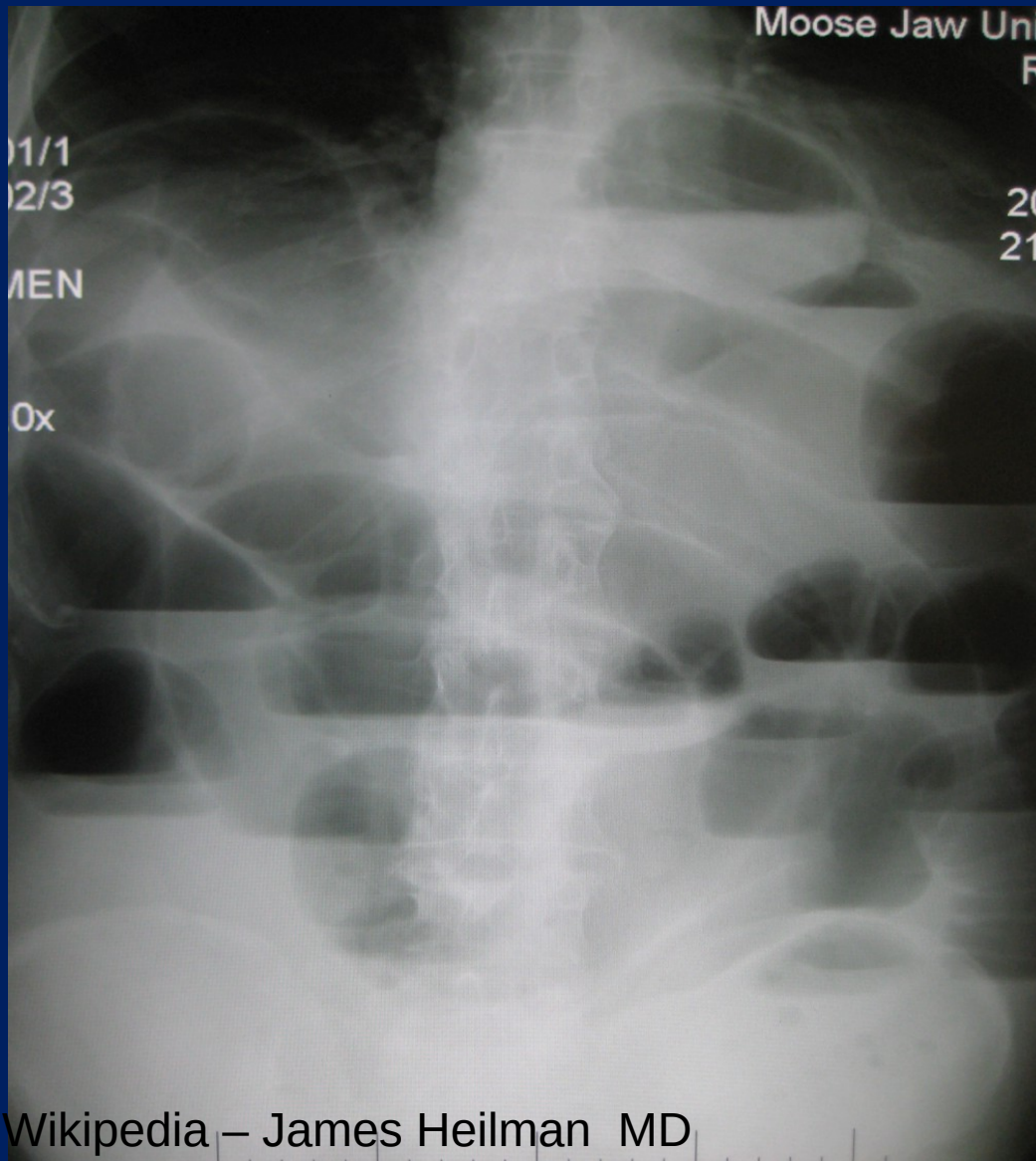
Fecalom

Calcul biliar

Corpi straini

Ileus meconial la nou nascuti

Nivele hidroaerice



4/23/13

Wikipedia – James Heilman MD

Ocluzia intestinala si ileusul

Simptome, diagnostic

- Durerea : semn constant, caractere diferite in functie de localizarea ocluziei

Intestin subtire : caracter intermitent, localizare periombilicala

- Varsatura
- Distensie abdominala
- Oprirea tranzitului pentru fecale si gaze :
dar se poate evacua continutul de sub

Ocluzia intestinala si ileusul

- Febra : perforatie, boala inflamatorie
- Alterare hemodinamica : spatiul III, lipsa de aport, varsatura

Hipotensiune
Tahicarie
Oligurie
Deshidratare
cutanata

Ocluzia intestinala si ileusul

Varsaturile in raport cu sediul ocluziei :

- Obstructie pilorica sunt abundente , acide,duc la alcaloza hipocloremica
- Duoden – abundente, amare, bilioase, acidoza metabolica
- Jejunal: mai rare, cantitate mica, fetide, fecaloide

Ocluzia intestinala si ileusul

Distensia abdominala :

- In obstructiile inalte este usoara opana la moderata
- In obstructiile joase (colon) – importanta (mare)
- In ileus : distensie importanta

Ocluzia intestinala si ileusul

Biologic :

- Pierdere de Cl, Na, K – alcaloza hipocloremica, hipokaliemie in fazele initiale
- Acidoza metabolica lactica daca se ajunge la soc hipovolemic
- Hemoconcentratie Ht ↑, leucocitoza moderata pana la severa

4/23/10 Retentie azotata : uree, creatinina ±

Ocluzia intestinala si ileusul

- Hemoragii in scaun (daca se mai evacueaza):

Ischemia intestinala / infarctul intestinal

Tumori

Boli inflamatorii si ulcerative

Ocluzia intestinala si ileusul

Imagistica :

Radiografia abdominala simpla, nativa –
“abdomen pe gol “

Pozitia : decubit dorsal

Pozitia ortostatica

in general nerelizabila

Pneumoperitoneu :
perforatie de organ

Nivele hidroaerice :
ocluzie de intestin
subtire sau de colon
drept

Ocluzia intestinala si ileusul

CT abdominala cu SDC orala sau i.v.
evidentiaza

- Tumori
- Strangulari
- Semne de ischemie

Endoscopia digestiva :

Rectosigmoidoclonoscopia evidentiaza
obstructia la nivelul colonului

Ocluzia intestinala si ileusul

Principii de tratament :

- Consultul chirurgical este obligatoriu
- Tratamentul conservator : poate fi suficient in ileus sau in obstructiile partiale (uneori)
- Tratamentul chirurgical de inlaturare a cauzei este obligatoriu in obstructiile

Ocluzia intestinala si ileusul

Tratamentul conservator :

- Reducerea distensiei abdominale : sonda gastrica – evacuarea continutului , examinarea lui
- Hidratarea pacientului , prevenirea si/sau corectarea dezechilibrelor hidroelectrolitice : aborduri venoase, aport hidric si electrolitic.

Evaluarea gradului de deshidratare.

Ocluzia intestinala si ileusul

Cateter venos central : masurarea PVC – evaluarea hipovolemiei

- Monitorizarea diurezei : sonda vezicala , diureza orara $> 0,5$ ml/kg/h
- Evaluarea ionogramei serice si a achilibrului acido – bazic
- Antibiototerapie in caz de: ischemie, infarct intestinal

Ocluzia intestinala si ileusul

Ileusul este oprirea temporara a tranzitului intestinal pentru fecale si gaze

Cauze:

- Postoperator – 3-5 zile
- Tulburari metabolice
- Cetoacidoza diabetica
- Tulburari hidroelectrolitice
- Uremie

Ocluzia intestinala si ileusul

- Intoxicatii : metale grele – plumb
- Droguri - opiacee
- Catecholamine, anticholinergice
- Corticoizi
- Inflamatii generalizate: sepsis, peritonita
pancreatita
- Leziuni medulare

Pancreatita acuta

O suferinta digestiva acuta grava – se ingrijeste in sectiile de terapie intensiva

Pancreatita
biliara
40 %
Predomina la
femei

Pancreatita
alcoolica
35 %
Predomina la
barbati

Alte cauze:
Medicamente
Hipertrigliceridemi
eTraumatisme
abdominale
ERCP
Infectii

Pancreatita acuta

Clinic :

Durere abdominala

Subfebrilitate

± icter

Distensie abdominala sau aparare

Ileus paralytic

Greata , varsaturi

Semnul Cullen

Pancreatita acuta

- Semnul Turner

Uneori tablou clinic dramatic
Evoluție gravă
Mortalitate mare

Amilazemia ↑
Lipaza sanguină ↑



Herbert L. Fred, MD and Hendrik A. van Dijk - Wikipedia

Pancreatita acuta

Complicatii locale :

Necroza
pancreasului,
pseudochistul,
abcesele pancreatice

Pulmonar :

ARDS

Pleurezii

4/23/13
Atelectazii

Circulator:

Soc : hipovolemic,
septic

Coagulare
intravasculara
diseminata

Pancreatita acuta

Principii de tratament : **tratamentul socului hipovolemic**

Aportul hidroelectrolitic – mentinerea volemiei – solutii cristaloide, solutii de

a

Risc de hipovolemie datorita cresterii masive a spatiului III

Soc hipovolemic
Insuficienta cardiaca

Insuficienta renala acuta

Pancreatita acuta

Tratamentul durerii:

- Cateter peridural – analgezie
- i.v. mialgin, sufentanyl, morfina – evaluarea durerii
- Analgetice neopioidice : paracetamol, algocalmin
- DUREREA – creste secretia pancreatica si favorizeaza progresiunea leziunilor !!!

Pancreatita acuta

Sonda naso – gastrica si repaus digestiv

- Nu se alimenteaza oral pana la disparitia durerii
- Posibila nutritie parenterala
- Nutritie enterala sub fascia Treitz (sonda jejunala)
- Evitarea /limitarea lipidelor – pentru prevenirea hipertrigliceridemieii

Pancreatita acuta

Antibiototerapie : in caz de complicatii infectioase

Abces

Peritonita

Chirurgie : in abces, pseudochist, necroza pancreasului

Aspecte legate de nutritia enterala a pacientului critic

- Sonda nazo/oro gastrica
- Sonda naso jejunala
- Prevenirea aspiratiei traheale la pacientul cu NE

Manevre de nursing al aparaturii digestive

- Montarea sondelor nazogastrice sau nazoduodenale
- Verificarea sondei gastrice
- Prevenirea aspiratiei pulmonare la pacientul cu nutritie enterala
- Montarea sondei Blackmore