

- supraveghează eliminările prin scaun și urină, pentru evidențierea ascariților în scaun, a hematuriei nocturne
- face bilanțul ingesta/excreta, în cazul pacienților febrili cu transpirații abundente și a celor care prezintă vărsături
- recoltează produsele pentru examene de laborator (sânge, urină, suc gastric, materii fecale) și pregătește pacientul și instrumentarul pentru puncția biopsică
- **administrează tratamentul prescris:**
 - transfuzia de sânge integral sau a derivatelor lui (masă eritrocitară, plasmă, concentrat de factor VIII, plasmă antihemofilică
 - sesizează apariția accidentelor transfuziei
 - preparate de fier pe cale orală (soluții, tablete, granule), între mese sau în timpul mesei
 - preparate de fier pe cale parenterală, prin injecții intramusculare profunde
 - tratamentul antihemoragic – vitamine C, K și tratamentul hormonal prescris
 - tratamentul citostatic intravenos sau în perfuzii intravenoase, cu glucoză 5% (Citosulfan, Mileran, Leukeran, Vincristin); după prepararea extemporanee a unor citostatice, se vor injecta direct, în tubul perfuzorului, evitând contactul soluțiilor cu tegumentele
 - sesizează efectele secundare ale administrării citostaticeilor
 - anorexie, grețuri, vărsături, diaree
 - susține psihic pacientul în perioada în care se produc modificări ale schemei corporale (căderea părului)
 - menajează psihicul pacientului, devenind suportul lui moral; are în vedere că majoritatea bolilor sunt incurabile (susține pacientul în stările terminale)
 - la legătura cu kinoterapeutul care învață pacientul mișcările pe care le poate face în cazul artrozelor cauzate de hemartroză
 - pregătește preoperator și îngrijește postoperator pacientul; căduța i se aplică tratament chirurgical (splenectomie, extirparea ganglionilor sau tratament ortopedic).

Îngrijirea pacientului cu boli metabolice și de nutriție

Bolile metabolice se datoresc, în principal, tulburărilor de metabolism ale factorilor nutritivi. Aceste dereglări au cauze endogene (ex.: insuficiența de insulină), cauze exogene sau mixte, cât și factori ereditari-constituționali.

Disfuncțiile endocrine au răsunet asupra metabolismului nutritiv al organismului; la

fel, unii factori de risc, precum sedentarismul, fumatul, stresul.

În unele boli, există o neconcordanță între alimentele consumate, arderea lor în organism și cheltuielile de energie, în sensul unui consum crescut în raport cu cheltuielile (obezitatea), sau a unui aport scăzut în raport cu arderea și cheltuielile (subnutriție).

NOȚIUNI DE FIZIOLOGIE

METABOLISMUL

Organismul este un sistem deschis care face schimb de substanță și energie cu mediul extern. Acest schimb permanent reprezintă, deci, metabolismul.

Metabolismul începe odată cu ingestia alimentelor și sfârșește cu excreția produsilor neutilizabili.

METABOLISMUL GLUCIDELOR

Glucidele au, în organism, rol energetic. În urma digestiei, ele ajung la nivelul intestinului subțire sub formă de monozaharide și se absorb.

Concentrația glucozei în sânge – glicemia – se menține constantă (0,80–1,20 g/1000) prin mecanismul de glicoreglare, care reprezintă echilibrul funcțional între acțiunea factorilor hiperglicemianți și a celor hipoglicemianți.

Factorii hiperglicemianți:

- glucagonul – hormon al celulelor alfa ale pancreasului
- adrenalina
- hormoni glucocorticoizi ai suprarenalei
- hormonul somatotrop al hipofizei
- tiroxina

Factorii hipoglicemizanti:

- insulina – hormoni ai celulelor beta ale pancreasului
- Prin degradarea completă a 1 g glucoză, până la CO_2 și apă, se eliberează 686 kilocalorii.

METABOLISMUL LIPIDELOR

Lipidele au în organism rol energetic, plastic și funcțional. Ele se absorb la nivelul intestinului subțire sub formă de acizi grași, monogliceride, colesterol, fosfolipide. În organism, se transformă astfel:

- se depun ca rezerve-lipogeneza
- catabolizate – duc la eliberare de energie
- cetoogenează – produce corpi cetonici
- gluconeogeneza – sintetizare de glucoză din glicerol.

Reglarea metabolismului lipidic este făcută de nevoile energetice ale organismului, le sistemul nervos central, hipofiză, ficat.

METABOLISMUL PROTEINELOR

Proteinele au rol plastic, energetic și funcțional. Ele se absorb sub formă de aminoacizi pe cale portală, în ficat, și de aici, în circulația generală. De la acest nivel, începe calea sintezei de proteine – reînnoirea permanentă a componentelor celulelor, țesuturilor, a celulelor. În copilărie, reînnoirea – anabolismul proteinelor – este foarte intens. În schimb, la vârstnici, reacțiile de degradare – catabolismul intensifică. Producții de catabolism azotați: ureea, acidul uric, creatinina; ele se elimină prin rină.

Reglarea metabolismului proteic este făcută de hormonul testosteron, hormonii iocorticoizi și tiroidei, ficat, rinichi, sistem nervos central.

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ȘI PREVENIREA BOLILOR DE NUTRIȚIE ȘI METABOLISM

Măsuri de profilaxie primară	<ul style="list-style-type: none"> – educarea întregii populații, pentru a evita supraalimentația și sedentarismul, factori de risc ai obezității – dispensarizarea persoanelor (întinerilor) cu risc constituțional – asigurarea unei alimentații echilibrate, fără excese de proteine, glucide sau lipide
Măsuri de profilaxie secundară	<ul style="list-style-type: none"> – pacienții cu obezitate vor fi educați să respecte regimul alimentar hipocaloric, să folosească mișcarea ca mijloc de păstrare a greutății normale a corpului – pacienții subnutriți vor fi educați să consume o cantitate suficientă de alimente, pentru a preveni complicațiile bolii – evitarea excesului de proteine (carne) de către pacienții cu gută – dispensarizarea pacienților cu boli de nutriție și metabolism, controlul clinic și biologic pentru a sesiza apariția complicațiilor

Măsuri de profilaxie terțiară	<ul style="list-style-type: none"> – se adresează: – obezilor cu complicații cardiace, respiratorii, pentru a preveni agravarea acestor stări – pacienților cu gută și/sau complicații renale, pentru a preveni instalarea insuficienței renale cronice
--------------------------------------	--

Educația pentru sănătate privind diabetul zaharat este prezentată în capitolul VII din „Ghid de nursing”, sub redacția Lucreția Titircă.

EVALUAREA METABOLISMULUI

Exame de laborator	<ul style="list-style-type: none"> – ale sângelui: <ul style="list-style-type: none"> – acid uric – creatinină – glicemie – testul toleranței la glucoză pe cale orală TTGO – colesterolemie – lipemie, trigliceride – VSH – ale urinei: <ul style="list-style-type: none"> – examenul urinei, pentru determinarea acidului uric – urée urinară/24 h – glicozurie/24 h – ale lichidului sinovial: <ul style="list-style-type: none"> – examenul biochimic, în caz de gută, pune în evidență prezența cristalelor de urat de sodiu
Determinarea metabolismului bazal	<ul style="list-style-type: none"> – indicat în caz de subnutriție și obezitate
Examenul radiologic	<ul style="list-style-type: none"> – al sistemului osos în gută, evidențiază osteoporoza și depunerile periartriale, de urați (geode)
Electrocardiograma	<ul style="list-style-type: none"> – evidențiază probleme cardiace care apar în caz de obezitate sau în slăbire (bradicardie sinuzală)
Măsurarea greutății corporale	<ul style="list-style-type: none"> – pentru stabilirea gradului obezității, se utilizează diferite formule de calcul al greutății ideale: <ul style="list-style-type: none"> • Broca $G = T - 100$ • Lorentz $G = T - \frac{T - 50}{4}$ – G = greutatea în kg – T = talia în cm

SEMENE ȘI SIMPTOME POSIBILE ÎN BOLILE DE NUTRIȚIE ȘI METABOLISM

Durere articulară	<ul style="list-style-type: none"> – în gută: <i>accesul gutos</i> – durerea apare brusc, de obicei noaptea este violentă, se localizează la nivelul halucelui, frecvent unilateral, fiind declanșată de consum exagerat de alcool, proteine, microtraumatisme; durerea dispare spontan sau post-terapeutic, după 4–8 zile; se repetă la intervale variabile – depuneri urice în articulații și în piele (coate, degete, pavilionul urechii)
Modificări ale greutateii corporale ideale	<ul style="list-style-type: none"> – în <i>obezitate</i>, se înregistrează depășirea greutateii ideale – cu 10–20% gradul I, 20–30% gradul II și peste 30% gradul III – depunerea țesutului adipos: <ul style="list-style-type: none"> – uniformă (obezitatea comună) – localizare în anumite regiuni ale corpului <ul style="list-style-type: none"> – solduri, coapse, flancuri abdominale, genunchi, gambe (obezitate de tip ginoid, întâlnită la femei) – în regiunea cefei, gâtului, umerilor, abdomenului superior (obezitate de tip android, întâlnită la bărbați) – în <i>slăbire</i>, greutatea corporală scade cu minimum 15% din ideal, pliul cutanat este sub 4 mm, la bărbați, și 6 mm, la femei, la nivelul brațului
Aspectul caracteristic al feței	<ul style="list-style-type: none"> – buze subțiri, obraji emaciați, ochi înfundați în orbite (aspect întâlnit în subnutriție)
Modificări circulatorii	<ul style="list-style-type: none"> – hipotensiune arterială și bradicardie, în cazul pacienților subnutriți – hipertensiune arterială, varice ale membrilor inferioare, întâlnite la pacienții cu obezitate

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU OBEZITATE

Obezitatea este starea patologică caracterizată prin creșterea greutateii corporale deale cu peste 15–20% și sporirea masei țesutului adipos.

Culegerea datelor	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Circumstanțe de apariție:</i> <ul style="list-style-type: none"> – persoane de sex feminin, în perioada de menopauză – în mediul urban incidența este mai crescută – persoane cu obiceiuri alimentare modificate: supraalimentație, consum crescut de dulciuri
--------------------------	---

Probleme	<ul style="list-style-type: none"> – persoane cu risc constituțional – prezența obeziității la rudele de gradul I (părinți, frați) – moduli de viață – sedentarism, consum de alcool – <i>Manifestări de dependență</i> (semne și simptome) <ul style="list-style-type: none"> – creștere în greutate față de greutatea ideală – oboseală – astenie – dispnee – hipertensiune arterială – prezența varicelor la membrele inferioare – constipație – amenoree – tulburări respiratorii și circulatorii: <ul style="list-style-type: none"> – mobilizare cu dificultate – intoleranță la activitatea fizică – alterarea tranzitului intestinal – tulburări menstruale – risc de alterare a integrității tegumentelor (intertrigo, piodermite) – risc de complicații cardiace (HTA, ateroscleroză) – risc de complicații respiratorii – risc de artroze – gonartroză, coxartroză, spondiloză – risc de alterare a altor metabolisme – glucidic, lipidic (diabetul zaharat, hipercinemie) – pierderea imaginii și a stimei de sine
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> – pacientul să-și reducă greutatea corporală în raport cu greutatea ideală, în funcție de sex și vârstă – pacientul să prezinte mobilitate și postură adecvată – să-și poată satisface, autonom, nevoile – să fie conștient de rolul mișcării și al alimentației echilibrate în reducerea greutateii corporale – să se prevină complicațiile
Intervenții	<ul style="list-style-type: none"> – asistența stabilește regimul alimentar: <ul style="list-style-type: none"> – hipocaloric, cu 1000 cal/zi, pentru pacientul cu activitate obișnuită (100 g glucide pe zi, 35 g lipide pe zi, 75 g proteine pe zi), hiposodat și normohidric (1,5 l/zi) – hipocaloric cu 800–400 cal/zi, pentru pacientul în repaus – se reduc din alimentație produsele rafinate (ciocolată, cacao, frîscă, unt, carne grasă, conserve, brânzeturi grase) – fără restricție – se administrează legumele și fructele proaspete, carnea slabă, laptele degresat, ouăle fierte tari, lichidele neîndulcite – postul absolut este recomandat numai în condiții de spital – stabilește programul de activitate fizică a pacientului: <ul style="list-style-type: none"> – exerciții fizice moderate – mers pe jos 60–90 minute/zi – practicarea unor sporturi (not, tenis, ciclism)

- evitarea eforturilor fizice mari, sporadice, care cresc apetitul
- administrează tratamentul medicamentos cu acțiune anorexigenă și de stimulare a catabolismului și diurezei (silitin, gastrofibran)
- măsoară zilnic greutatea corporală; o notează în foaia de temperatură
- susține și încurajează pacientul cu probleme psihice (pierderea imaginii și stimei de sine)
- suplinește pacientul în cazul apariției unor manifestări de dependență în satisfacerea nevoilor sale
- educă pacientul pentru a-l conștientiza că, prin respectarea alimentației și a programului de activitate zilnică, poate înălțura surplusul de greutate și preveni complicațiile
- pregătește pentru intervenție chirurgicală pacientul cu obezitate excesivă și din rațiuni estetice (by-pass jejuno-ileal, cu realizarea unui sindrom de malabsorbție secundar)

ÎNGRUIREA PACIENTULUI CU SINDROM DE SLĂBIRE (SUBPONDERAL)

Slăbirea este o stare patologică, caracterizată prin scăderea greutății corporale, 15–20% din greutatea ideală și prin reducerea masei țesutului adipos și muscular. Formă cea mai severă este cașexia.

Slăbirea este cauzată, fie de reducerea aportului alimentar, fie de creșterea consumului energetic. Secundar, se poate instala ca urmare a unei incapacități de a utiliza principiile alimentare (gastrectomie, boli endocrine, colism, boli psihice).

Sunt două tipuri de slăbire:

- tipul stenic – stare fiziologică, constituțională când persoana își păstrează greutatea
- tipul astenic – slăbirea propriu-zisă.

Înlegerea rilelor

- *Circumstanțe de apariție:*
 - persoane în perioada de creștere excesivă (copii)
 - aport alimentar scăzut – sărăcie
 - persoane cu efort fizic intens, fără aport alimentar corespunzător
 - persoane cu tulburări de deglutiție, de masticăție
 - persoane cu tulburări endocrine (Basedow), psihice, stări febrile

Probleme	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Manifestări de dependență</i> (semne și simptome) <ul style="list-style-type: none"> – astenie – scădere în greutate – uscăciunea tegumentelor – edeme – plăgi nevindecabile – bradicardie – hipotensiune arterială – intoleranță la efort fizic – scădere în greutate – tulburări circulatorii – risc de scădere a activității – risc crescut față de infecții respiratorii (TBC) – risc de complicații – plaze viscereale, hernii
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> – pacientul să-și recapete pofta de mâncare, să recupereze deficitul ponderal – pacientul să-și dobândească forța fizică, starea de bine, fizic și psihic – să se prevină apariția complicațiilor infecțioase sau de altă natură
Intervenții	<ul style="list-style-type: none"> – asistența asigură reabilitarea progresivă, pe cale orală sau prin/si alimentare parenterală: <ul style="list-style-type: none"> – valoarea calorică a alimentelor, în primele zile, este de 1000 – 1500 cal./zi, crescând progresiv cu 50 cal./zi – factorii nutritivi – aport de alimente bogate în proteine, cu conținut redus de lipide și dulciuri concentrate – numărul de mese este de 5–6/zi, la început, cu alimente de consistență lichidă, apoi, cu consistență normală – pe cale parenterală, se administrează perfuzii cu soluții hipertone de glucoză 1000 ml/zi și preparate proteice; în aceste soluții, se administrează vitamine din grupul B și vitamina C – pentru stimularea apetitului, se administrează, la indicația medicului, doze mici, pe cale subcutanată, de insulină înaintea meselor (4 u x 3) – măsoară zilnic greutatea corporală și apreciază evoluția în funcție de curba ponderală – asigură igiena corporală – învață, ambulator, pacientul și familia acestuia cum să pregătească alimentele și modul în care să se facă alimentarea – administrează tratamentul prescris – anabolizante (Sternabol i.m., Decanfort – i.m., Madiol per os) – educă pacientul să se prezinte la controale periodice, clinice și de laborator

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU GUTA

Guta este boala metabolică caracterizată, biologic, prin hiperuricemie, depunere în articulații (acute sau cronice) și leziuni viscerale (renale).
Cauzele bolii: scăderea eliminării renale de acid uric, hiperproducție de acid uric și upralimentare – în special, proteică.

Culegerea datelor	<p><i>Circumstanțe de apariție:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – persoane cu alimentație bogată în proteine (carne, viscere) <p><i>Manifestări de dependență (semne și simptome)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – durere apărută noaptea, brusc, violent, insuportabil; este monoarticulară (de obicei, la nivelul halucelui) – zona articulară cu colorație violacee, căldură locală; febră, frison, tahicardie, uneori, vărsături – problemele dispar ziua; durerile revin noaptea, prinzând și alte articulații <p>Aceste manifestări alcătuiesc <i>accesul gutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – în <i>stadiul cronic</i>: – accesele dureroase se repetă la intervale variabile – apar toți gutoși la mai multe articulații și în piele, (la pavilionul urechii, coate, degete) – constanțele de laborator (urée, acid uric, creatinină) sunt modificate între accesele gutose – sunt prezente anchiloze articulare
Probleme	<p><i>În accesul gutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – durere articulară – hipertermie – risc de deshidratare <p><i>În stadiul cronic</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – dureri articulare – alterarea tegumentelor prin prezența tofilor gutoși – mobilitate redusă – risc de invalidități – risc de complicații – litiază urică
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> – pacientul să prezinte un echilibru al metabolismului proteinelor – pacientul să cunoască și să respecte alimentația prescrisă, pentru a preveni accesele gutose – să se prevină complicațiile bolii
Intervenții	<p><i>În accesul gutos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – asigură repausul la pat pe toată perioada dureroasă – aplică comprese locale, alcoolizate reci, imobilizează articulația – asigură alimentația lacto-făinos-vegetariană, hipocalorică, cu un aport mai mare de lichide

- administrează tratamentul prescris – Colchicina, în doze regressive, ca medicație specifică, și antiinflamatoare nesteroidice (indometacin, Fenilbutazona)

În guta cronică

- instituie regimul alimentar:
 - hipoproteic (1 g/kg corp/zi)
 - viscerele, mezelurile, conservele de carne, carnea de vită, de pasăre, se exclud
 - legumele, fructele se consumă în alternanță cu produsele lactate, pentru menținerea pH-ului alcalin al urinei
 - lichide circa 2 l/zi, pentru a crește clearance-ul uric
- recoltează sânge și urină pentru examene de laborator
- educă pacientul, internat sau în ambulator, să respecte alimentația pentru a preveni complicațiile bolii
- administrează tratamentul medicamentos pentru a inhiba sinteza acidului uric (Milurit) sau pentru resorbția uratului de sodiu
- supraveghează pacientul pentru a-și satisface trebuințele, atunci când au survenit anchiloze, invalidități

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

Diabetul zaharat este o boală metabolică cu evoluție cronică, transmisă genetic sau câștigată în timpul vieții, caracterizată prin perturbarea metabolismului glucidic, însoțită sau urmată de perturbarea celorlalte metabolisme (lipidic, proteic, mineral).

După OMS, clasificarea actuală a diabetului zaharat este următoarea:

- diabet zaharat tip I, insulinodependent (20% din cazuri apar sub vârsta de 20 de ani)
- diabet zaharat tip II, insulinodependent (80% din cazuri au răspuns pozitiv la antidiabeticele orale).

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE A POPULAȚIEI PRIVIND PREVENIREA DIABETULUI ZAHARAT

Măsuri de profilaxie primară	<p>măsurile vizează reducerea numărului de cazuri noi de îmbolnăvire și constau în:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dispensarizarea persoanelor cu factori genetici potențial diabetogeni (diabet zaharat la rudele de grad I) – dispensarizarea persoanelor cu infecții pancreatitice (virus urlian, virusul hepatitei) – educarea populației pentru a reduce din alimentație glucidele rafinate, excesul de glucide – educarea populației pentru a combate supraalimentația, obezitatea, stresul – factori ce favorizează diabetul zaharat de maturitate
-------------------------------------	---

Măsuri de profilaxie secundară	<ul style="list-style-type: none"> – educarea femeilor care au născut fetițe greutate de peste 5 kg să reducă glucidele din alimentație, să monitorizeze glicemia – educarea tinerilor diabetici care vor să aibă copii sănătoși să evite căsătoriile cu parteneri diabetici (rîscul pentru copil este de 60–100% să aibă diabet zaharat) – dispensarizarea bolnavilor cu diabet zaharat prin efectuarea periodic, a controalelor clinice și de laborator – învățarea pacientului să-și administreze corect medicamentele și să-și prepare alimentele pentru a putea duce o viață cvasinormală – învățarea pacientului să evite alcoolul, fumatul, eforturile fizice mari, obezitatea, pentru a preveni complicațiile bolii – învățarea pacientului să utilizeze mijloacele de monitorizare a glicemiei la domiciliu
Măsuri de profilaxie terțiară	<ul style="list-style-type: none"> – readaptarea individului, reinserarea sa socială în cazul apariției unor complicații invalidante (nevrite, retinopatie diabetică)
Măsuri de gradul IV	<ul style="list-style-type: none"> – în stadiile finale ale bolii, asigurarea unei morți demne, liniștite

EVALUAREA FUNCȚIONALĂ

Examele de laborator ale sîngelui	<p>glicemia</p> <ul style="list-style-type: none"> – se recoltează 2 ml sînge venos într-o eprubetă cu 4 mg fluorură de sodiu, sau cu sistemul vacutainer (glicemia normală 80–120 mg% testul toleranței la glucoză pe cale orală TTGO – tehnica OMS) – se recoltează sînge pentru dozarea glucozei a jeune – se administrează 75 g glucoză pulvis dizolvată în 200 ml apă – se recoltează sînge pentru dozarea glucozei la 30, 60, 90 și 120 minute după administrarea glucozei – interpretare, la 2 ore: după administrarea glucozei TTGO imai mic sau egal cu 200 mg% la persoanele sănătoase. Valorile TTGO peste 200 mg% sunt caracteristice pentru persoanele cu diabet zaharat rezerva alcalină – se recoltează sînge venos pe heparină sau cu sistem vacutainer; normal 27 mEq/l, scade în diabetul zaharat decompensat
--	---

Examele de laborator ale urinei	<p>glicozuria</p> <ul style="list-style-type: none"> – se recoltează urina din 24 de ore într-un borcan curat, gradat. Din întreaga cantitate se trimite la laborator 150–200 ml urină; pe eticheta ce însoțește produsul se notează cantitatea de urină/24 ore. Normal, glicozuria este absentă dozarea corpiilor cetonici – se recoltează urina din 24 ore, se trimite la laborator 150 ml. Prezența corpiilor cetonici în urină se întărește în coma diabetică și la pacienții cu vîrsături prelungite
Toleranța la glucide	<ul style="list-style-type: none"> – scop: stabilirea dozei de insulină ce urmează a se administra – se administrează pacientului timp de 3 zile, în alimentație o cantitate fixă de glucide (ex. 200 g) – zilnic se recoltează urina din 24 de ore (pentru glicozurie) și sînge (pentru dozarea glucozei) – se face media glicozuriei pe cele 3 zile și se scade din cantitatea de glucide administrate în 24 de ore Exemplu: media glicozuriei este 80 g/24 ore. Aceasta se scade din 200 g de glucide administrate zilnic, ceea ce înseamnă că 120 g de glucide sunt tolerate, iar 80 g netolerate. Pentru acestea din urmă se administrează insulină (o unitate pentru 2 g de glucoză în urină) – dacă pacientul nu prezintă glicozurie sau 10 g/24 ore, se consideră o bună toleranță la glucide
Examenul fundului de ochi Examen neurologic	<ul style="list-style-type: none"> – vezi <i>Breviar de explorări funcționale</i>, de Lucreția Titică

PLAN DE ÎNGRIJIRE A PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

Culegerea datelor	<ul style="list-style-type: none"> ● circumstanțe de apariție: <ul style="list-style-type: none"> – persoane cu risc genetic (o singură genă sau poligenetică) – persoane cu boli ce scad rezerva funcțională a pancreasului, acționând asupra celulelor β (traumatisme pancreatice, pancreatite uriene, alcoolism, lues) – persoane cu boli care scad rezerva funcțională a pancreasului prin suprasolicitară celulelor β și epuizarea lor (supralimentație, obezitate, sarcină, traume psihice) – persoane care fac tratament cu citostatice, imunosupresive, glicocorticoizi, ACTH, care inhibă sinteza insulinei
--------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● manifestări de dependență (semne și simptome) <ul style="list-style-type: none"> – poliurie, 4–5 litri/24 ore – polidipsie, ingestia 2–5 litri lichide/24 ore – poliurie accentuată, îndoeșeli la tineri – scădere ponderală, ca urmare a catabolismului și pierderilor de material energetic (glucoză) – astenie fizică și intelectuală – crampe musculare – prurit genital și infecții genitale fără răspuns la tratamentele obișnuite – manifestările unor complicații în formele atipice (plăgi nevindicabile, furunculoză)
Problemele pacientului	<ul style="list-style-type: none"> – alimentație inadecvată, în surplus – deshidratare – intoleranță la activitatea fizică și intelectuală – anxietate – risc de infecții – risc de complicații acute <ul style="list-style-type: none"> – comă hipoglicemică – comă hiperglicemică – risc de complicații cronice – scăderea acuității vizuale (retinopatie) <ul style="list-style-type: none"> – dureri în membrele inferioare (nevroze, arterite)
Obiective	<ul style="list-style-type: none"> – să se obțină echilibrul metabolismului glucidic – pacientul să se alimenteze în raport cu nevoile sale cantitative și calitative/24 ore – pacientul să-și recapete condiția fizică și intelectuală – pacientul să fie conștient că prin respectarea alimentației și a tratamentului poate duce o viață cvasinormală – pacientul să cunoască manifestările bolii, regimul de viață pe care să-l respecte – să se obțină echilibrul psihic al pacientului – să se implice familia în îngrijirea pacientului – pacientul să fie ferit de complicații infecțioase, acute și cronice
Intervenții	<p>pentru pacientul tratat ambulatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – invită periodic pacientul la controale clinice și de laborator, în cadrul cabinetului medical (glicozurie, glicemie) <p>pentru pacientul dezechilibrat, tratat în spital:</p> <ul style="list-style-type: none"> – asigură un regim alimentar echilibrat, cu scopul de a furniza rația calorică necesară, de a reduce hiperglicemia și de a menține o greutate corporală satisfăcătoare și stabilă

	<ul style="list-style-type: none"> ● evaluează nevoile cantitative și calitative în funcție de vârstă (copii, adolescent, adult), sex, stare fiziologică (sarcină, alăptare), activitatea pacientului, forma bolii ● stabilește rata alimentară cu: proteine 13–15%, lipide 30–35%, glucide 50% (250–300 g)/24 ore la adult 2/3 glucide complexe cu absorbție lentă și 1/3 glucide simple cu absorbție rapidă, repartizate pe diferite mese și adaptate la efortul fizic. Când pacientul are o activitate ușoară se recomandă 30–35 cal./kg/corp/24 ore ● numărul meselor/24 ore: 4–5–6 mese (3 mese principale și 2–3 gustări) ● alegera alimentelor se face în funcție de conținutul de glucide: <ul style="list-style-type: none"> – alimente interzise: zahăr, produse zaharoase, fructe uscate, prăjituri, leguminoase uscate, siropuri, struguri, prune – alimente permise, cântărite: pâine (50% glucide), cartofi (20% glucide), pastele făinoase, fructe, legume (cu peste 5% glucide), lapte, brânză de vaci, mămăligă – alimente permise necântărite: carnea și derivatele din carne, pește, ouăle, brânzeturile, smântâna, untul, legumele cu 5% glucide (varza, conopida, pătlăgelele roșii, fasolea verde); din alimentația zilnică nu trebuie să lipsească oul, carnea, peștele ● prepararea alimentelor: se va folosi, pentru îndulcirea ceaiurilor, compoturilor, ciclamat de sodiu sau zaharină (care se pun după fierberea produselor), sosurile nu se îngroașă cu făină, ci cu legume pasate; pastele făinoase se cântăresc înainte de fierbere; pâinea se cântărește înainte de a fi prăjită (prin deshidratare, se concentrează în glucide); se folosesc fierberea și coacerea ca tehnici de preparare a alimentelor – recoltează produsele pentru examenul de laborator (sânge, urină) – administrează medicația prescrisă de medic, la orele indicate ● în diabetul zaharat de tip I insulina ordinară prin injecție SC, în doza recomandată (în funcție de valorile glicemiei și glicozuriei), se administrează cu 15–30 min. înaintea mesei (se folosește seringa specială, gradată în unități de insulină, se ține seama că alcoolul inactivează produsul); ritmul de administrare: 2–3 ori/zi, înaintea meselor principale ● administrează insulina ordinară prin injecție IV numai în cazul comei diabetice ● administrează insulina monocomponentă, semilentă, lentă o dată sau de două ori pe zi, la ore fixe, prin injecții subcutanate (vezi <i>Tehnici de îngrijire – Administrarea medicației antidiabetice</i>) ● respectă, cu strictețe, măsurile de asepsie ● alternează locul de injecție pentru a preveni lipodistrofiile (loc de injecție: fața externă a brațului, 1/3 mijlocie; fața antero-externă a coapsei, 1/3 mijlocie; flancurile peretelui abdominal; regiunea subclaviculară; regiunea fesieră, superoexternă)
--	---

- în diabetul zaharat de tip II administrează medicația hipoglicemiantă pe cale orală; sulfamid hipoglicemiant sau biguanide și epigastralgii, inapetență)
- administrează medicația adjuvantă – vitaminoterapia, KCL
- măsoară zilnic diureza și notează, în foaia de temperatură
- măsoară greutatea corporală la interval de 2-3 zile
- evaluează manifestările de deshidratare: aspectul pielii și al mucoaselor, pulsul, tensiunea arterială
- evaluează astenia, epuizarea pacientului și îi ajută în efectuarea îngrijirilor igienice pentru conservarea forței-sale fizice
- asigură condiții de îngrijire în spital, în saloane mici, liniștite, care să permită repausul fizic și psihic al pacientului
- explică pacientului normele de viață și alimentație pe care trebuie să le respecte
- pune la dispoziția pacientului exemple de diabetici cu evoluție favorabilă îndelungată
- supraveghează zilnic temperatura corpului, pulsul, tensiunea arterială, consensământ, în foaia de temperatură, rezultatul supraveghează tegumentele bolnavului și mucoasele, sesizând manifestările cutanate
- educă pacientul privitor la păstrarea igienei personale corporale
- în general, și a picioarelor, în special, pentru a preveni escoriațiile, fisurile, bășturile la acest nivel, care se pot infecta ușor (atenție la obezi, la nivelul plicilor)
- sesizează unele modificări, care au drept cauză diverse complicații: schimbări ale comportamentului (obnubilarea), transpirații, respirație Kusmaul, coma
- acordă îngrijiri speciale în coma hiperglicemică:
- administrează doza de insulină ordinară recomandată de medic pe cale subcutanată și intravenoasă, la intervalul stabilit
- recoltează, periodic, sânge pentru monitorizarea glicemiei, a rezervei alcaline și urina pentru monitorizarea glicemiei, a
- monitorizează pulsul, tensiunea arterială, respirația, revenirea conștiinței
- reechilibrează hidroelectric și acidobazic pacientul prin perfuzii cu ser fiziologic, soluție Ringer sau Fischer și soluție de bicarbonat de sodiu 14 g‰
- îngrijește tegumentele și mucoasele pacientului comatos
- acordă îngrijiri speciale în coma hipoglicemică
- administrează, la recomandarea medicului, soluție glucozată, hipertonică 10-20%, 250-500 ml/oră, repetat, până la revenirea din starea de comă și reluarea alimentației pe cale naturală, sub controlul glicemiei

– intervenții educative:

- educă pacientul pentru prevenirea complicațiilor
- învață pacientul să respecte rația de glucide/24 ore și să-și cântărească alimentele
- învață pacientul să înlocuiască unele alimente cu conținut mare de glucide prin altele cu conținut mai redus, pentru a obține senzația de sațietate (exemplu: pâine care are 50% glucide se poate înlocui cu mămăliga ce conține 12% glucide)
- învață pacientul să dozeze insulina, tehnica injectării cu insulină, păstrarea produsului (la loc uscat), la o temperatură de 4°-7°C), să mănânce la 15-30 minute după administrarea insulinei
- învață pacientul să recunoască cauzele și semnele complicațiilor acute și cum să intervină în cazul producerii lor



Trusa de glucagon

(Cauzele hiperglicemiei pot fi: abaterile alimentare, episoadele infecțioase, chirurgicale sau diferite stări fiziologice. Manifestările hiperglicemiei constau în oboseală, somnolență, inapetență, grețuri, vărsături, diaree, tahicardie, hipotensiune arterială, piele uscată, pierderea lentă a conștiinței, respirației Kusmaul. Cauzele hipoglicemiei pot fi: excesul de insulină, ingestia incompletă de hidrați de carbon sau lipsa controlului glicemiei. Hipoglicemia se manifestă prin amețeli, astenie, piele rece, transpirații, HTA, pierderea bruscă a conștiinței, respirație normală. În acest caz, pacientul își poate administra puțină apă îndulcită, iar în formele severe, anturajul îi poate administra pacientului glucagon im. trusa conține o fioală de 1 mg glucagon, flaconul cu solvent și seringă adecvată; această trusă se păstrează la frigider; dizolvarea se va face complet).

- învață pacientul să efectueze autocontrolul metabolic (glicemia și glicozuria la domiciliu). Controlul glicemiei se poate face cu ajutorul bandetelor sau strip-urilor, folosind sânge capilar. Citirea se face vizual, prin comparație cu o scară de culori.

