**CURS 3 NURSING IN GERIATRIE**

STĂRILE TERMINALE

Moartea este un fenomen implacabil, obligator. Prin prelungirea speranţei de viaţă, astăzi, moartea este mai puţin prezentă, în viaţa cotidiană. Există o tendinţă nemărturisită tot mai frecventă, de a îndepărta moartea din familie, de a o muta în instituţii medicale. Oricare ar fi situaţia, tratamentul muribundului, nu va fi suspendat până în ultimul moment. Medicul şi cadrele auxiliare, au obligaţia morală să nu-şi schimbe conduita în faţa muribundului. Trebuie să se asigure acestuia nevoile fundamentale de confort, igienă, hrană, respiraţie etc.,nevoile specifice (de pildă combaterea durerii), dar şi nevoile personale (prezenţa umană, comunicarea). Este bine ca exitusul să se petreacă în familie, să se combată tendinţa de "a scoate moartea din casă", trânsferând-o în spital.Obligaţia medicului şi a asistentelor este de a susţine psihologic bolnavul şi familia până la sfârşit, de a asigura toate îngrijirile necesare (combaterea durerii, hidratarea corectă, îngrijirea cavităţii bucale,îngrijirile fundamentale - igiena, nevoile sfincteriene, alimentaţia şi altele). Nu se vor omite nevoile şi preferinţele personale, dorinţele bolnavului de a-şi vedea rudele, prietenii sau preotul. întotdeauna prezenţa umană trebuie să fie permanentă

ULCERUL DE DECUBIT (Ulcerul ischemic de presiune - Escara)

Escara nu trebuie considerată o simplă leziune a pielii şi tratată ca atare. Frecvenţa sa este în creştere. 70% din bolnavii cu escara au peste 70 de ani. Frecvente înainte în spitalele de neurologie, de geriatrie şi în căminele spital, escarele în prezent sunt tot mai des întâlnite în spitalele de ortopedie, de acuţi, de chirurgie, traumatologie,reanimare.

Escara este o nevroză ischemică a ţesuturilor cuprinsă între planul osos şi structura de susţinere şi planul de compresiune (planul dur al patului sau fotoliului). Factorul ischemogen acţionează din afară, prin intermediul presiunii (ulcer ischemic de presiune).



Ar putea fi deci încadrat în patologia vasculară ischemică.

Nevroza se daţoreşte ischemiei prelungite, provocate de compresie prin imobilizare prelungită. Zona cea mai afectată este proeminenţa sacrală în poziţia culcat pe spate, trohanterul mare în poziţia culcat pe o parte şi tuberozitatea ischionului în poziţia şezândă. Mai afectează şi călcâile, maleolele,-spinele iliace şi rotula în poziţia de decubit ventral. în timpul somnului, la omul normal, apar perioade de imobilitate pe intervale mai lungi şi totuşi nu apar escare, datorită mecanismului reflex de apărare (mai mult de 10 schimbări de poziţie pe oră), care

permite îir câteva secunde aportul normal de oxigen. Escarele sunt deci provocate de lipsa de oxigen, datorită presiunii prelungite. Intervin şi alţi factori favorizanţi: Imobilizări prelungite prin boli grave mai ales neurologice; imobilizări prin terapii cu neuroleptice şi tranchilizante; aparate ghipsate, anestezice; factori care diminua presiunea arterială şi împiedică aportul de oxigen (hipotensiune, hipovolumie, colaps), stări hipoxemice, şocul, anemia, febra, insuficienţa cardiacă gravă etc. Nu se poate ignora factorul vârstă care scade regenerarea tisulară. în mod obişnuit escarele apar în caz de paralizii, demenţă senilă, caşexie canceroasă, sedative puternice,

temperaturi mari la bolnavul vârstnic etc.

Simptomatologie, semnalul este "placa eritematoasă" care evoluează rapid către leziune dermoepidermică, leziuni cutanate, pentru ca în final să cuprindă toate ţesuturile inclusiv periostul.

Escara cu evoluţie supraacută (galopantă), este o formă clinică care evoluează în câteva ore (1 - 6 ore). Apare la vârstnicii cu afecţiuni neuropsihice, la care se declanşează imediat criza de adaptare, sau la bolnavii cu accidente vasculare cerebrale repetate. Probabil că intervin şi modificări neurodistrofice rapide şi profunde. Leziunea evoluează rapid în profunzime, pe orizontală şi verticală, şi nu răspunde tratamentului. în orice es-cară prognosticul este sumbru.

Profilaxia, vizează calitatea lenjeriei, menţinerea acestuia uscată prin schimbare frecventă, îndepărtarea cutelor şi firimiturilor de pâine, igiena riguroasă a pielii, alimentaţie corectă. Se combate imobilismul absolut, se impune schimbarea de poziţie la 2 - 3 ore, şi protejarea reliefurilor dure, prin utilizarea de colaci de cauciuc, perne sau saltea extra-moale. Concomitent se îngrijeşte meticulos pielea, tegumentele se spală de mai multe ori pe zi cu săpun şi apă caldă, şi se usucă. Se aplică creme sau loţiuni, se pune pudră fină de talc în zonele umede, după uscare etc. O atenţie specială se acordă incontinenţei urinare şi anale, prin spălare periodică cu săpun şi apă şi

uscare. Se practică zilnic frecţii şi masaje uşoare. Alimentaţia va fi completă. Se adaugă transfuzii, vitamine, anitanemice, ana-bolizante. Fundamental în profilaxia şi tratamentul escarelor rămâne "programul rotaţiei continue", care presupune îngrijire continuă cu participarea întregului personal (medic, asistente, infirmiere).

Tratamentul curativ al escarelor este descurajant.

El urmăreşte:

- diminuarea presiunii planurilor dure

- îndepărtarea detritusurilor necrotice

- combaterea infecţiei cu sterilizare (Proteul şi Piocianicul sunt rezistente), cu soluţii 1% alcoolică sau apoasă de violet de genţiană sau cristal violet, rivanol 1%, fenosept, raze ultraviolete, pansarea moale a plăgii cu pomezi, pudră, soluţii (clorură de sodiu), îndepărtarea puroiului, administrarea de gentamicină.

- stimularea locală a epitalizării (jecozinc, cutaden, insulina, pantotenat de sodiu, ana-bolizante, vitamina A). în concluzie apariţia escarelor reprezintă o catastrofa la bolnavul vârstnic.

CAUZELE MORŢI» ÎN GERIATRIE

- moartea cardiacă (37% la populaţia de peste 65 de ani), prin ateroscleroză, hipertensiune, tulburări de ritm şi conducere, insuficienţă cardiacă globală.

- moartea cerebrală, prin patologie vasculară cerebrală (accidente cerebrale vasculare), şi afecţiuni degenerative ale creierului.

- alte cauze: neoplazii, boli respiratorii, boli de nutriţie şi metabolism, endocrine, boli de sânge.

- se vorbeşte despre o "moarte de bătrâneţe", noţiune care nu este acceptată de către O.M.S.

TERAPIA MEDICAMENTOASĂ ÎN GERIATRIE

Se constată astăzi pretutindeni şi în special la bătrâni, un supra consum de medicamente, cu efecte secundare inerente. în general bătrânii consumă excesiv hipnotice, psihotrope, laxative şi antibiotice. De aceea se recomandă o posologie diminuată şi o su-pravegere strictă. Bătrânii au tendinţa de a face provizii de droguri şi de a nu respecta corect prescripţiile. Diazepamul, Fenilbutazona, Propanololul, Morfina etc, sunt stocate la bătrâni

în sânge prin diminuarea fluxului sanghin hepatic. Deci se va reduce administrarea lor. Nitrazepamul produce în doze obişnuite tulburări psihomotorii de 36 de ori mai frecvente ca la tineri. Medicamentele administrate oral sunt mai puţin absorbite la bătrâni. Proteinele fiind scăzute la bătrâni, drogurile care se unesc cu ele ca Dicumarinicile şi Fenitoina, cresc concentraţia în sânge. Digoxinul prin alt mecanism îşi va mări de asemenea concentraţia. Pentru toate drogurile se recomandă la bătrâni reducerea dozei. La vârstnici eliminarea renală a medicamentelor scade. Aceasta este valabil pentru Digoxin, care în doza obişnuită poate deveni toxic. Prin acelaşi mecanism de eliminare renală scăzută, alte droguri au efect benefic (penicilina şi ampicilina).

Gentamicină şi streptomicina pot atinge în schimb concentraţii toxice. Creerul vârstnicului este mai sensibil la barbiturice şi la opiacee. în general se constată o sensibilitate net crescută la bătrâni, faţă de drogurile digitalice, parasimpaticolitice, sedative, hipnotice, sulfamide şi indometacin. în concluzie este prudentă scăderea dozelor medicamentelor Ia bătrâni, la 30 - 50% fată de adult.

Reacţii adverse şi efecte secundare. Bătrânii reacţionează advers Ia medicamente, mai frecvent decât bolnavii tineri. Un risc crescut apare Ia cei care iau antiparkinsoniene, antihipertensive, psihotrope, digitalice, antibiotice şi antiinflamaioare. Se întâlnesc adeseori hemoragii după anticoagulante, comă hipoglicemică după antidiabetice

orale. Se întâlnesc şi interacţiuni medicament - bolnav. Astfel rezerpina măreşte depresia, iar androgenii, corticosteroizii, diureticele, estrogene, fenilbutazona, pro-pranolonul, preparatele de sodiu, agravează insuficienţa cardiacă. La fel acţionează psihotropele. în ce priveşte relaţia medicament - nutriţie, absenţa vitaminelor şi sărurilor minerale, agravează suferinţele bolnavului. Lipsa de fructe, legume şi ficat, în prezenţa anticonvulsivantelor determină slăbiciune,oboseală şi anemie.

Lipsa de lapte şi derivate în prezenţa anticonvulsivantelor dă dureri osoase, deficienţă în mers şi slăbiciune musculară, prin deficit de vitamina D. Avitaminoze pot apare şi după consumul cronic al unor medicamente.

După digitâlice apare deficit de Tiamină. Hidralazina, Fenitoina, Triamterenul şi Aspirina consumă acidul folie, biguanidele şi Colchicina scad Vitamina B12; drogurile antituberculoase produc acelaşi efect.

Se va acorda atenţie tonicardiacelor şi antiaritmicelor, dar mai ales antibioticelor. Cloramfenicolul va fi evitat în insuficienţa hepatică. Cantităţile administrate de Ampicilina şi rifampicină vor fi reduse la cei cu afecţiuni biliare. Antibioterapia prelungită şi repetată conduce la selecţii microbiene (bronşite cronice şi infecţii urinare).

Se vor evita antibioticele retard, antibioticele cu efect ototoxic (streptomicina, gentamicina, amino-zidele), precum şi antibioticele cu efect nefrotoxic (gentamicina). în general se va evita poliantibioterapia sistematică, precum şi administrarea prelungită şi dozele administrate în mare cantitate. Multe reacţii secundare apar după substanţele psihotrope (somnolenţă, stări depresive, confuzie, uneori stări comatoase). Anti-depresivele determină uscăciunea gurii, atonie vizicală, constipaţie şi aritmii. Se preferă imipraminele (Tofranil şi Haloperidol). Neurolepticele dau sindroame extrapiramidale. Barbituricele trebuiesc evitate în măsura posibilităţilor. Tranchilizantele sunt în general mai bine suportate. Adrogenii favorizează cancerul de prostată. Corticoizii vor fi administraţi cu multă grijă, în doze de preferat mai mici şi dacă este posibil sub protecţie (alcaline). Se va acorda atenţie şi diureticelor deoarece scad tensiunea arterială şi produc tulburări electrolitice. Laxativele în exces pot conduce la caşexie, edem, hipocalcemie şi carenţe vitamino-minerale. în concluzie trebuiesc bine cunoscute la vârstnici reacţiile adverse. Dozele vor fi reduse la jumătate faţă de adult, vor fi administrate pe perioade scurte şi se va controla respectarea indicaţiilor întotdeauna.

REABILITAREA ÎN GERIATRIE

Prin reabilitare, se înţelege tratamentul care urmăreşte reintegrarea bolnavului recuperat biologic, motor şi psihologic, într-o viaţă activă, potrivit activităţilor de care dispune. Se porneşte de la certitudinea că fiecare bolnav, indiferent de gradul afectării psihofizice, posedă încă resurse fizice şi emoţionale, capabile de a asigura recâştigarea independenţei (cel puţin teoretic).

Prin reeducare, se urmăreşte redobândirea posibilităţilor psihomotorii, care să ofere bolnavului autonomie.

Reeducarea şi readaptarea funcţională, constituie o parte esenţială a îngrijirii vârstnicului handicapat.

Reabilitarea, readaptarea şi recuperarea sunt termeni relativi sinonimi.

Prin aplicarea acestei metode de tratament, progresele vor fi individualizate pentru fiecare bolnav, vor fi evaluate componentele psihologice, vor fi dezvoltate la început acele capacităţi şi forţe care să-i permită independenţa în autoservire (mâncat, băut, controlul defecaţiei şi micţiunii), mobilizarea în pat, în fotoliu şi mersul propriu zis. Se urmăreşte în final reactivarea în viaţa cotidiană, reinserţia socială (familie, prieteni, vecini) şi reintegrarea în activitatea profesională (O.M.S.). La orice vârstnic se întâlnesc trei mari deficite: deficitul pulmonar, deficitul cardiac funcţional şi scăderea conducerii nervoase.

Dificultatea constă în faptul că la vârstnic se întâlnesc 4-5 afecţiuni concomitente. De aceea reabilitarea are o durată lungă la vârstnic, este mai puţin eficace, iar rezultatele sunt mai mult psihologice şi mai puţin tehnice prin fizioterapie şi mecanoterapie. Gimnastica respiratorie şi exerciţiile pentru extremeităţile neafectate, vor fi începute chiar după 24 de ore. Ulterior se recurge la exerciţii de mers mai complicate. Mici progrese sunt întotdeauna posibile. Indiferent de metodă, tonul şi dialogul sunt esenţiale. Recuperarea prin exerciţii fizice, trebuie supravegheată cu grijă, datorită riscurilor pe care le comportă vârstnicul la solicitare fizică şi efprt. De aceea vor fi eliminate exerciţiile fizice care solicită eforturi mari, care nu pot fi suportate de bolnavii vârstnici.

Se folosesc în special mişcări armonioase, ritmice, cât mai apropiate de modul natural de mişcare, al bolnavului vârstnic. Recuperarea psihologică va însoţi întotdeauna pe cea somatică şi va fi condusă de personal calificat (psihoterapeuţi).

TERAPIA OCUPAŢIONALĂ, deşi pare mai puţin obişnuită, îşi găseşte locul între terapeuticele nemedicamentoase acordate bolnavului vârstnic. Justificarea sa o dau stresurile psihosociale ale bătrânului:

însingurarea sociofamilială, dezinserţia socială, şocul pensionării, crizele de adaptare, regresia psihomotorie, pierderea autonomiei, etc,

Alături de terapiile medicamentoase, de fizio şi Kinetoterapie, psihoterapie, recuperarea complexă a vârstnicului cuprinde şi terapia ocupaţională (ergoterapia). Aceasta urmăreşte recuperarea motricitatii, reluarea activităţilor cotidiene, adică redobândirea autonomiei şi reintegrarea psihosocială (reluarea relaţiilor cu mediul psihosocial).

Există o terapie ocupaţională de funcţie, aplicată în stările mai grave, în care bolnavul a pierdut şi obişnuinţele primare, instinctuale, pe care trebuie să le recapete (alimentaţie, toaletă zilnică). Alteori se urmăreşte consolidarea rezultatelor obţinute. Aici intră activităţi recreative, hobbi-terapia, activităţi de utilitate practică, grădinărit, bricolaj etc. Vor fi luate în consideraţie ideile şi preferinţele bolnavilor, experienţa personală. Pe măsura posibilităţilor bolnavii vor fi dirijaţi către activităţi noi. Vor fi evitate activităţile grele. Noile ocupaţii se vor întinde de la activităţi personale (reînvăţate), la toaletă, echipare - dezechipare, lectură, audiţii muzicale, spectacole, floricultură, grădinărit, ţesătorie, împletituri, tricotaje, broderie, pictură, artizanat, butaforie, pirogravură, traforaj etc.

EDUCAŢIA SANITARA

Se urmăreşte o instruire largă a vârstnicilor, o neoşcolarizare, pentru însuşirea cunoştinţelor privind procesul de îmbătrânire, în sfârşit pregătirea pentru pensionare şi îmbătrânire. Pentru aceasta s-au înfiinţat universităţi geriatrice. în cazurile de îmbolnăvire se urmăreşte cunoaşterea de către bolnav a riscului complicaţiilor, căile de evitare, semnele precoce de îmbolnăvire, indicaţii terapeutice şi dietetice, căile de menţinere a capacităţilor fizice şi intelectuale. Preocupările privesc adaptarea acţiunilor corespunzătoare nivelelor de vârstă. Altele se adresează populaţiei vârstnice sănătoase şi vârstnicilor bolnavi. O.M.S.-ul apreciază că educaţia sanitară, constituie resursa cea mai importantă de prevenire a îmbătrânirii grevată de boli, de dependenţă. Se urmăreşte ca bătrânii să devină conştienţi de posibilităţile lor reale, prin combaterea fricii de bătrâneţe şi moarte şi micşorarea conflictelor dintre generaţii. în sfârşit se va insista asupra rolului şi riscurilor polimedicaţiei şi automedicaţiei.

PATOLOGIA PENSIONĂRII

Retragerea din activitate, pensionarea, este un moment de răscruce în existenţa individului, un stress care poate precipita îmbolnăviri preexistente, genera altele, şi în final poate duce la deteriorarea psihică a individului, de aceea s-a delimitat o patologie a retragerii, "boala pensionării", o reală entitate morbidă. Există îri prezent două tendinţe, prima urmăreşte valorificarea potenţialului biologic şi social restant al vârstnicului şi a doua urmăreşte imitarea vârstei de pensionare, pentru eliberarea de locuri de muncă, necesare generaţiilor mai tinere.

Persoanele care au avut preocupări extraprofesionale, îşi menţin un echilibru mai bun. La fel şi persoanele cărora i se permite prin profesie, activitate şi dincolo de vârsta de pensionare (creatorii din cultură, artă, ştiinţă). La ărbaţi stressul pensionării este mai mare, mai grav decât la femei, acestea având şi preocupări casnice. Bărbaţii ac adeseori o nevroză a pensionării, care poate merge până la moartea psihică, moartea profesională. Atitudinea aţă de cei care urmează a fi pensionaţi, trebuie să fie individuală. Există la aceştia reacţii echilibrate, optimiste şi esimiste, chiar catastrofice. Pensionarea însemnează pierderea statuturilor, rolurilor şi a demnităţii personale. La emei apar probleme mai deosebite, înainte de pensionare, legate de înaintarea în vârstă, conincizând cu perioada limacterică.

Un factor important este profesia şi mediul. De aceea în mediul rural, şocul nu este grav, deoarece încetarea ctivităţii nu este completă şi bruscă. Persoanele foarte active, mai ales cele din mediul urban, dacă nu-şi găsesc lte preocupări şi activităţi, suportă foarte greu pensionarea. Iată de ce prevenirea patologiei pensionării, trebuie

făcută din timp, prin cursuri de preretragere, integrarea în colectivităţi de muncă etc. Pregătirea psihologică este senţială. Este indispensabilă combaterea sentimentului de inutilitate. Se va cultiva mişcarea fizică şi exerciţiul ntelectual, se va organiza timpul liber, se vor organiza posibilităţi de integrare în activităţi de comunitare, ulturale, sportive, gospodăreşti, artizanale etc.

INTEGRAREA ÎN INSTITUŢII SPECIALIZATE PENTRU VÂRSTNICI (Institutionalizarea)

Pe măsura înaintării în vârstă, ca urmare a unor grave invalidităţi - sindromul de imobilizare, demenţele, ncontinentele, pierderea autonomiei şi a capacităţii de autoservire -la care se adaugă factori sociali ca iminuarea veniturilor, lipsa familiei sau imposibilitatea acesteia de a asigura supravegherea şi îngrijirea, apare reşterea solicitărilor de spitalizare pe termen lung. Din populaţia de peste 65 de ani, 4%, este internată ermanent. După unii autori, aceasta nu este decât o formă mascată de izolare a bătrânului, pe care o promovează familia şi societatea. Se constată o presiune crescândă atât din partea familiilor cât şi din partea unor unităţi pitaliceşti (cu bolnavi părăsiţi, sau cu spitalizări îndelungate şi frecvente), de a forţa internarea în cămine spital.

Decizia este un act de mare răspundere şi trebuie să cuprindă numai urgenţe medicale sau sociale. Experienţa arată că mediul cel mai prielnic pentru bătrân rămâne familia (aceasta este şi dorinţa bătrânilor), de aceea întoarcerea la domiciliu ste un deziderat, mai ales condiţiile de la domiciliu sunt prielnice. în orice caz, întotdeauna, pentru orice eventualitate pregătirea psihologică a vârstnicului trebuie făcută, pentru a se evita tulburările de adaptare.

în unităţile pentru vârstnici (cămine de bătrâni, cămine spital), asistenţa trebuie asigurată în echipă (medic generalist, medic geriatru, psihiatru, psiholog, fizioterapeut). Un rol principal îl are asistenta medicală şipersonalul de îngrijire. Calităţile morale ale acestora nicăieri nu sunt mai necesare ca în aceste unităţi. Echipa trebuie să insufle bolnavului încredere, curaj, şi să-i ridice tonusul. Viitorul vârstnicului, redobândirea

autonomiei, a tonusului vital, reintegrarea socială, depinde de calităţile echipei medicale. De aceea suportul psihoafectiv, respectul pentru demnitatea vârstnicului sunt condiţii de bază.

Pentru bătrâni familia constituie factorul vital fundamental. De aceea resursele familiei trebuiesc valorificate

întotdeauna. Conflictul dintre generaţii există, dar nu este o regulă. Fenomenele de respingere şi violenţele faţă de vârstnic trebuiesc cunoscute, combătute în măsura posibilităţilor. Spitalizarea, în multe cazuri este

nefavorabilă vârstnicului. Stressul de mutare este o realitate. în general, din partea familiei se pot delimita comportamente variate: cooperare, hiperprotecţie, culpabilitate, angoasă, dar uneori şi abandon şi respingere.

Când nu mai există altă posibilitate, când bolnavul este singur, când viaţa în familie este imposibilă, medicul şi echipa pe care o conduce trebuie să preia toate funcţiile familiei normale: răbdare, afecţiune şi susţinere morală.

PRINCIPII DE NURSING IN GERIATRIE

Principii de organizare in geriatrie

Imbatrinirea unei popoulatii este un fenomen complex ce se manifesta printr-o patologie mai mult sau mai putin specifica si care necesta implicarea factorilor sociali, economici, familiali.



Pacientul virstnic in functie de statusul patologic sau socio-economic poate fi dirijat astfel

1. spitale generale cind prezinta patologie de organ, urgente cu durata scurta
2. spitale de geriatrie – un sejur scurt sau mediu



1. spitale psiho – geriatrie – pentru un sejur lung
2. camin spital – pentru asistenta medico-sociala
3. sectii de psiho-geriatrie – in care se poate realize un sejur mai lung
4. camine de batrini – asisteta sociala
5. alternative la spitalizare ce pot fi
   1. centre de zi
   2. ingrijire la domiciliu
   3. dispositive familiale
   4. masa pe roti

Se considera ca peste virsta de 65 de ani un individ are aproape 50% sanse sa nu fie sanatos,

Sunt statisici care arata ca 41% din persoanele cu virsta de peste 65 de ani sunt bolnave , iar 4% sunt internate permanent.

Alte date statistici sustin ca 49% din persoanele virstnice sunt valizi, 34% prezinta deficinte si 11% sunt bolnavi.

Patologia caracteristica virstnicului necesita o evaluare complexa urmata de o ingrijire specifica de lunga durata , ce impune o instruire teoretica si practica a cadrelor medii .

Organizare gereontologica

1. camin internat
   * persoane autonome
   * plata personalului sau ajutor social
2. camin de pensionari
   * personae autonome, ingrijire usoara
   * plata personal
3. structure de gazduire
   * caa de primire a persoanelor in virsta dependente
   * rezidenta servicii
   * servicii de medicina acuta geriatrica – unitate de medicina ce primeste pacienti peste 75 de ani
   * servicii de sejur – pentru readaptare, reabilitare functionala
   * servicii de lunga durata – supraveghere medicala pentru persoanele cu risc
   * spital de zi pentru examinari
4. alte servicii sociale si medico sociale
   * ajutor menajer la domiciliu
   * ingrijire complexa sub un coordinator
   * ajutor pentru viata de toate zilele – ajutor pentru unii handicapati
   * masa la domiciliu
   * telealarma
   * plasarea familiala in familii de primire

Orientarea pacientului va fi facuta in functie de

* patologie
* riscul evolutiv
* dependenta
* imobilizare
* stare grabatara – grabatar – subiect care ni-si paraseste spontan patul, care poate da complicatii grave

Un concept pentru ingrijirea virstnicului a fost realizat de Virginia Henderson si cuprinde

1. conceptual general
   * analizeaza nevoile fundamentale ale virstnicului

|  |  |
| --- | --- |
| Nevoia | Diagnosticul de nursing |
| A respira | - ne interesam daca respire – daca prezinta dispnee, tusea cum este:diurnal, nocturna, productive sau iritativa, expectratia:aspect, cantitate |
| Modificari ale aparatului cardio-vascular | -tensiune arteriala, puls  -inspectie generala – cianoza si edeme |
| A minca | -greturi, varsaturi – aspect  -scunul – aspect |
| A elimina | -diureza – aspect, cantitate |
| Daca isi mentine temperature normala | -hipotermie  -hipertermie |
| A se imbraca  A se dezbraca | -se imbraca, se dezbraca usor  -daca face miscari mai lente, mai dezrdonate  -daca este obez sau casectic |
| A fi curat  A avea tegumentele intacte | -daca tegumentele sunt cu urme de grataj – scarpinaturi  -daca prezinta ulceratii  -daca sunt curate sau murdare  -daca tegumentele au turgor – tegumente deshidratate |
| A se misca  A avea o buna postura | -se misca usor – miscare limitata osteoarticular sau AVC  -poate sa stea dreapt sau este aplecat in fata  -in ortostatism prelungit nu cade in fata sau pe lateral  -miscaea este coerenta si nu este data de o limitare a aportului alimentar neadecvat |
| A evita pericolele | -exista un potential de accident de un consum alimentar insufficient sau de un consum limitat de lichide, sau de un consum de alcool  -mersul pe strada , dificil de evitat,obstacole din casa, trepte, denivelari, covoare, pe strada nu trece pe trecerea de pietoni |
| A comunica | -alterarea perceptiilor senzoriale legate de dezechilibrul hdroelectrolitic sau nutritive  -putem intilni o dizartrie – exprimare dificla – afazie in caz de AVC  -lentoare in exprimare si uneori repetitive |
| A dormi  A se odihni | -alterarea somnului  -prezenta unor simptome dureroase legate de obiceiuri alimentae incorecte  -administrare de medicamente – miofilin, vasodilatatoare cerebrale – administrate seara produc insomnie si agitatie  -administrare de sedative matinal duc la o somnolenta diurnal cu tulburari de coordonare  -treziri nocturne datorate crizelor de astm bronsic sau cardiac, durerilor anginoase, dureri osteoarticulare, reumatice, dureri abdominale in cadrul bolii ulceroase |
| A avea activitate | -limitarea activitatii generate de afectiuni cardo-vasculare, pulmonare sau neurologice si nu in ultimul rind modificarea activitatii printrun apot alimentar neadecvat |
| A se recrrea | -plimbarea, mersul pe jos minim ½ h pe zi sunt necesar mentinerii unei activitai osteoarticulare si musculare in limite fiziologice  -plimbatul in arc  -desfasuratul unei activitati |
| Nevoia de a invata | -invata sa aiba o activitate  -dificultatea in a crea, a invata poate fi data de o alimentatie insuficienta |
| A trai conform propriilor convingeri spirituale |  |

1. dimensiuni particulare
   * + fiinta umana este influientata de 3 factori
       1. biologici

* nevoia de a respire
  + respiratia presupune trei etape principale
    - ventilatia pulmonara care este influientata de
      * capacitatea functionala a caii respiratorii superioare
      * de miscarile ventilatorii – implicarea musculaturii respiratorii
      * rocesul de circulatie a aerului – tensiunea de membrane, presiunea intrapulmonara pozitiva sau negative
      * volumul si capacitatea pulmoara
    - difuzarea si transportul gazelor la membranele alveolare
    - reglarea respiratiei prin centrul respirator din bulb si din chemoreceptorii situati la artera aorta sau carotida
* toate nevoile fundamentale comporta 3 dimensiuni
  + biofiziologica
    - apar deformari a
      * cutiei toracice
      * coloanei dosale
    - afectiuni ale aparatului
      * cardio-respirator
      * sistemului nervos

TOATE ACESTEA POT ANTRENA TULBURARI DE RESPIRATIE

* + psihologica
  + sociala
* la virstnici imobilizarea prelungita determina o reducere a amplitudinii miscarii respiratorii, urmata de staza pulmonara cu acumulare de secretii bronsice, ce nu pot fi evacuate prin reflexul de tuse datorita scaderii frtei musculare si a deprimarii SNC
* tusea – este un act reflex de aparare, este redusa ca amplitudine si neeficienta , ceea ce permite acumularea de secretii cu potential de suprainfectie si chiar antrenarea unor stari septice
* hidratarea necorespunzatoare – face sa apara secretii aderente , obstructive
* obezitatea – intervine in reducerea patului respirator, redcerea capacitatii vitale, a volumului resprator de rezerva si limitarea amplitudinii de miscare respiratorie
  + - 1. psihologici – se refera la anxietatea legata de stress ce antreneaza modificarea activitatii respiratorii si se manifesta prin
         * dispnee
         * senzatie de sufocare
         * hiperventilatie care antreneaza o reducere a schimbului repiratr cu hipoxie severa
      2. sociala – se refera la obiceiurile privind conumul de tutun, medicamente care pot antrena disfunctii respiratorii precum sedativele ce scad mobilitatea musculara sau deprima centrul respirator din bulb
         * poluantii industriali intervin ca factori iritativi pulmonary putind crea spasme bronhice sau prin microparticule , depuneri in parenchim cu antrenarea unei fibroze pulmonare si educerea schimburilor gazoase
         * o activitate fizica moderata poate fi benefica mentinind un tonus muscular bun si schimburi respiratorii corespunzatoare
         * o activitate intense antreneaza o hipervntilatie cu hipoxie secundara, chiar stare lipotimica
         * dezechilibrul castor factori antreneaza o perturbare a echilibrului individului si o absenta a unor execitii de relaxare , prin meditatie poate fi in deavantajul reducerii starii de sufocare sau de tensiune respiratorie
         * apar conditiile favorabile dezvoltarii unei boli

1. nevoia si imbatrinirea

- inaintarea in virsta antreneaza modificari fiziologice specifice care necesita o abordare particulara privind ingrijirea virstnicului

1. probleme particulare si patologii asociate

- persoanele virstnice prezinta o particularitate legata de boala , de raspunsul therapeutic si de adaptarea la boala

1. procesul de nursing – se refera la metoda de lucru si cuprinde

1. culegerea de date

- datele obiective si subiective observate frecvent la virstnic

- dependenta si independenta virstnicului

- cele mai frecvente simptome intilnite

- factorii de risc

- limitele functionale

2. analiza si interpretarea lor

3. diagnosticul de nursing

4. planificarea

5. evaluarea interventiilor