

PIANI DI ASSISTENZA.

Pazienti affetti da patologia cerebrovascolare.

Sono:

- Ictus
- TIA
- PIC.

PIANI D'ASSISTENZA:

Comprende:

1. Definizione della patologia
2. Anamnesi infermieristica (raccolta dati)
3. Esame obiettivo (dati oggettivi)
4. Indagini diagnostiche = informazioni riguardo agli esami di laboratorio e diagnostici
5. Complicanze potenziali = complicazioni più frequenti di una data condizione
6. Diagnosi infermieristica = individuazione del problema
7. Priorità assistenziale = indicano il centro di interesse dei successivi interventi infermieristici
8. Obiettivo o bisogno specifico
9. Interventi infermieristici
10. Valutazione finale = risposta ideale all'intervento che ci si attende da parte del paziente.

Patologia Cerebrovascolare: si definisce qualsiasi anormalità funzionale del SNC causata da alterazioni del normale apporto ematico al cervello. La patologia può coinvolgere un'arteria, una vena, o entrambe. La circolazione cerebrale è danneggiata quando si ha parziale o completa occlusione di un vaso sanguigno o un'emorragia dovuta a lacerazione di un vaso sanguigno.

Le cause sono: arteriosclerosi (la causa più comune), da sbalzi ipertensivi, da malformazioni arterovenose, da spasmi dei vasi sanguigni, da arterite o da embolia. Come risultato della patologia vascolare, i vasi sanguigni perdono la loro elasticità, si induriscono e sviluppano depositi ateromatosi o placche che possono essere causa di emboli. Il lume del vaso si può chiudere gradualmente causando una diminuzione della circolazione cerebrale e ischemia.

Paziente con attacchi ischemici transitori (TIA).

Definizione:

E' la manifestazione temporanea o transitoria di una disfunzione neurologica generalmente caratterizzata da un'improvvisa perdita delle funzioni motorie, sensoriali e visive. Può durare pochi secondi o minuti, ma non più di 24 ore. Circa il 10% dei pazienti i TIA precedono un ictus. Circa il 20% dei pazienti affetti da TIA andrà incontro a un ictus entro 3 anni.

La mancata valutazione e trattamento di un paziente colpito da TIA può esitare in un incidente vascolare e in deficit irreversibili. Alcuni pazienti possono manifestare sintomi tipi del TIA che perdurano oltre le 24 ore e che si risolvono nell'arco di 21 giorni senza alcun deficit neurologico residuo; viene definito deficit neurologico reversibile su base ischemica (RINDT).

Le cause sono: ipertensione, il diabete mellito di tipo 1, la malattia cardiaca, una storia di tabagismo, una storia familiare positiva per ictus e a l'alcolismo.

Esame obiettivo: I segni e i sintomi dipende della localizzazione del vaso interessato. L'interruzione della circolazione anteriore garantita dalla circolazione carotidea (arteria oftalmica, cerebrale media e anteriore) produce segni laterali come l'amaurosi fugace (improvvisa, indolore perdita della vista da un occhio), debolezza controlaterale o afasia. La circolazione posteriore, garantita dalla circolazione vertebrobasilare (arterie cerebrale e cerebellare posteriori) produce modificazioni focali come vertigini, diplopia, torpore o parestesie, disfagia o atassia.

Indagini diagnostiche.

Fonoangiografia carotidea, che consente l'ascolto, la visualizzazione diretta e la registrazione fotografica dei rumori carotidei.

L'oculopletismografia, misura le pulsazioni del flusso ematico nell'arteria oftalmica.

L'angiografia carotidea visualizza i vasi intracranici e cervicali .

L'angiografia digitale a sottrazione d'immagine è usata per localizzare ostruzioni dell'arteria carotidea e fornisce informazioni sull'andamento del flusso ematico cerebrale.

Prevenzione:

- trattamento dell'ipertensione
- trattamento dell'iperglicemia
- cessazione del fumo.

Trattamento chirurgico:

- Endoarteriectomia e l'angioplastica , sono esami per prevenire l'ictus. Cioè bisogna rimuovere la placca ateromatosa; o comprimerla.

Complicanze potenziale: Ipertensione, ipotensione postoperatoria, sindrome da ipoperfusione, emorragia intraparenchimale (dovuta all'ipertensione, ecc).

Diagnosi Infermieristica.

- Rischio di emorragia cerebrale, dovuta all'ipertensione
- Rischio di perdere una vista
- Rischio di ridotto flusso ematico al cervello, dovuti ai microemboli che occludono il vaso arterioso.

Priorità assistenziale.

- Tenere sotto controllo la pressione arteriosa (perché il rischio è maggiore dopo l'intervento).
- Valutare la difficoltà di deglutizione.

Interventi Infermieristici.

- Valutare i deficit neurologici
- Monitoraggio dei parametri vitali
- Somministrare terapia s.p.m.
- E' necessario un attento monitoraggio cardiaco poiché questi pazienti presentano un'elevata incidenza di malattia coronaria.

Pazienti con Ictus.

Definizione: è una improvvisa perdita della funzione cerebrale risultante dall'interruzione del flusso ematico (ossigeno e sostanze nutritive) a una parte del cervello, provocando un danno cerebrale a lungo termine e, spesso irreparabile causando delle alterazione cognitive, sensoriale, motoria e emotiva.

Sono suddivisi in due:

- Ischemiche (trombosi e/o embolia)
- Emorragico (rottura di un vaso sanguigno cerebrale con conseguente emorragia nel tessuto cerebrale o negli spazi limitrofi).

Ictus ischemici: sono causati di trombosi e embolia. In caso di trombosi, causa più comune di ictus, l'ischemia insorge quando un vaso sanguigno viene occluso a causa delle placche aterosclerotiche. Si può verificarsi a livello delle arterie carotide interna o in qualsiasi punto a monte della biforcazione della carotide comune o all'inizio delle ramificazioni che partono dall'aorta, dall'arteria anonima e dalla succlavia.

In caso di embolia, seconda causa di ictus, l'ischemia insorge quando la placca aterosclerotica, il tessuto adiposo, i batteri o altri tessuti si staccano dalla parete del cuore, entrano nella circolazione e si depositano in un vaso cerebrale, causando ischemia cellulare e morte del tessuto per fuso da quel vaso. La maggior parte degli emboli cerebrali origina dalla tonaca dell'endocardio. L'embolo viene trasportato fino a raggiungere un vaso troppo stretto; se l'embolo è di piccole dimensioni, il paziente può essere colpito da un attacco ischemico transitorio (TIA).

Le malattie cardiache che contribuiscono alla formazione di emboli cerebrali includono:

- Fibrillazione striale cranica
- IMA
- Valvupatie
- Endocardite batterica infettiva
- Sostituzione protesica delle valvole
- Cardiopatie reumatica.

Ictus emorragico: possono essere dovuti a malformazioni arterovenose, rottura di un aneurisma, farmaci (ad es. anticoagulanti e amfetamine) o ipertensione incontrollata. Il sanguinamento si può verificarsi negli spazi spidurale o subaracnoideo, oppure all'interno del parenchima cerebrale.

Le complicanze sono: quando la lesione e stessa può andare incontro a erniazione-causando coma e infine il decesso. Tasso di mortalità 50-60% circa.

Anamnesi Infermieristica: L'infermiere deve valutare se il paziente è in grado di comunicare verbalmente, valuta se è confuso e/o disorientato e il suo stato di nutrizione, chiede ai familiari se il paziente fuma, se è iperteso (se prende la terapia antipertensivi o anticoagulanti) se in famiglia hanno sofferto di ictus, obesità.

Esame obiettivo: Tutti tre tipi di ictus, trombotico, embolico ed emorragico, determinano l'insorgenza di segni e sintomi simili tra loro:

- Formicolio o debolezza al volto, braccio o gamba specie di un lato del corpo
- Confusione o cambiamenti dello stato mentale
- Difficoltà nel parlare o nel comprendere le parole
- Disturbi visivi
- Difficoltà nel camminare, vertigini o perdita di equilibrio o coordinazione
- Improvvise, severe cefalee
- Perdita graduale della coscienza che conduce al coma
- Rigidità nucale, vomito, ecc.

La perdita di comunicazione o del linguaggio si può manifestare con.

- Disartria (difficoltà nel parlare)
- Disfagia o afasia (linguaggio difettoso o mancanza di linguaggio)
- Aprassia (incapacità di ripetere correttamente un'azione imparata in precedenza), che si nota per esempio quando un paziente afferra una forchetta e cerca di pettinarsi con quella.

Accertamento e valutazioni diagnostiche.

Tutti i pazienti colpiti da deficit neurologici necessitano di un'accurata anamnesi e di un attento esame fisico e neurologico. La valutazione iniziale sarà focalizzata sulla capacità del paziente di mantenere la pervietà delle vie aeree (per la possibile perdita del riflesso del vomito e della tosse e per un'alterata respirazione), sulla condizione cardiocircolatoria (inclusa la pressione ematica, il ritmo e la frequenza cardiaca, presenza di soffio carotideo) e deficit neurologici grossolani.

Le indagini diagnostiche iniziali includono la TAC o la RMN per determinare se si tratti di ictus ischemico o emorragico (il che determina il tipo di trattamento), l'elettrocardiogramma e un'ecografia carotidea. Altri esami comprendono l'angiografia cerebrale, gli studi di flusso mediante Doppler transcranico e l'ecocardiogramma.

PREVENZIONE.

- somministrazione di warfarina (coumadin) anticoagulanti che inibisce la formazione del coagulo, può prevenire l'ictus su base trombotica ed embolia.

Fattori di rischio:

- Ipertensione, il maggior fattore di rischio il controllo dell'ipertensione è la chiave per la prevenzione dell'ictus.
- Ipertrofia ventricolare sinistra
- Obesità
- Ematocrito basale alto: aumenta il rischio d'infarto cerebrale
- Diabete: associato a una precoce eterogenesi

- Contraccettivi orali (specie se coesistono ipertensione, fumo di sigaretta e altri livelli di estrogeni)
- Consumo di alcol, ecc.

Complicanze potenziali.

- ipossia cerebrale
- il ridotto flusso ematico cerebrale e l'estensione dell'area danneggiata.
- Insufficiente rilascio di ossigeno al cervello.

Diagnosi infermieristica.

Si basa sui risultati delle osservazioni, le principali diagnosi infermieristica di un paziente colpito da ictus sono:

- Compromissione della comunicazione verbale correlata a danno cerebrale
- Compromissione della deambulazione correlata a emiparesi, perdita di equilibrio e coordinazione e lesione cerebrale
- Rischio di compromissione dell'integrità cutanea correlata dell'emiparesi /emiplegia e della ridotta mobilità
- Deficit nella cura di sé (bagno/igiene personale, alimentarsi) correlato ai postumi dell'ictus.
- Alterazioni dei processi di pensiero correlata al danno cerebrale, confusione, incapacità di seguire le istruzioni.

Priorità assistenziale.

- Mobilizzare il paziente ogni 2 ore per evitare le lesioni cutanee e rigidità dei muscoli
- Aiutarlo ad alimentarsi

Obiettivo o bisogno specifico.

- mantenimento dell'integrità cutanea,
- miglioramento della mobilizzazione del paziente ed di conseguenza portarlo a una autonomia per la cura personale
- aiutarlo ad imparare ad una forma di comunicazione
- alleviare il dolore alla spalla
- il ripristino della serenità familiare e l'assenza di complicazioni.

Interventi infermieristici.

- Monitoraggio dei parametri vitali
- Eseguire prelievi ematici s.p.m.
- Monitoraggio del bilancio idroelettrolitico
- Prevenire dell'adduzione della spalla
- Migliorare i processi intellettivi
- Controllare la diuresi e alvo
- Migliorare le capacità della famiglia di affrontare il problema
- Aiutare il paziente ad affrontare la disfunzione sessuale.

Valutazione finale.

- non si lamenta del dolore della spalla

- dimostra un miglioramento nella comunicazione
- mantiene la epidermide intatta senza danni.

Toracentesi:

Normalmente nello spazio pleurico rimane un sottile strato di liquido. Un campione di questo liquido può essere ottenuto tramite toracentesi o toracotomia e intubazione. La toracentesi è l'aspirazione di liquido pleurico per scopi diagnostici o terapeutici. Può essere usata per:

- rimozione di liquido e aria dalla cavità pleurica
- aspirazione di liquido pleurico per analisi
- biopsia pleurica
- Instillazione di farmaci nello spazio pleurico.

Assistenza del paziente sottoposto a toracentesi.

1. Accertare anticipatamente che siano stati prescritto ed eseguiti i raggi X e che sia stato firmato il consenso
2. esaminare il paziente per allergie all'anestetico locale usato, somministrare anche un sedativo, se prescritto
3. informare il paziente sulla natura della procedura
4. posizionare comodamente il paziente con adeguati sostegni
5. esporre tutto il torace. Il sito per l'aspirazione è visualizzato attraverso la percussione e una radiografia del torace
6. la procedura è eseguita in condizioni asettiche. Dopo che la cute è stata pulita, il medico usa un ago di piccolo calibro per iniettare lentamente un anestetico locale nello spazio intercostale.
7. il medico fa avanzare l'ago da toracentesi con la siringa attaccata. Quando è raggiunto lo spazio pleurico, può essere applicata alla siringa l'aspirazione
8. dopo che l'ago è stato rimosso, si applica una pressione sul sito della puntura e si fissa una piccola medicazione sterile
9. consigliare il paziente di rimanere a letto e spiegare che sarà eseguita una radiografia del torace subito dopo la toracentesi
10. registrare la quantità totale di liquido drenato dopo la procedura e documentare la natura del liquido, il suo colore e la viscosità. Se indicato, preparare campioni di liquido per gli esami di laboratorio (provetta colore rosso)
11. monitorare il paziente a intervalli regolari per aumenti della frequenza respiratoria, asimmetria dei movimenti respiratori, svenimenti, vertigini, ristrettezza del torace, tosse, incontrollata, muco schiumoso e tinto di sangue, polso rapido e segni di ipossiemia.

Gestione del paziente affetto da malattie delle vie aeree superiori.

Sono:

- raffreddore comune
- sinusite acuta e cronica
- rinite
- faringite acuta e cronica

- tonsilliti e adenoiditi
- laringiti.

Pz affetto da Raffreddore comune.

I sintomi sono: congestione nasale, mal di gola, starnuti, occhi lucidi e lacrimanti, malessere, febbre, brividi e spesso cefalea e dolori muscolari. Con il progredire dell'infezione, solitamente si manifesta tosse. In alcune persone il raffreddore spesso esacerba l'herpes simplex, comunemente chiamata febbre da raffreddore.

I sintomi durano da 5 giorni a 2 settimane. Se la febbre è elevata, o se insieme ai sintomi respiratori si manifestano problemi organici più gravi, la diagnosi non è più quella di comune raffreddore.

Trattamento: Il trattamento prevede un'adeguata assunzione di liquidi, riposo, prevenzione dei brividi, assunzione di decongestionanti nasali acquosi, di antistaminici, di vitamina C e, se necessario, di espettoranti. Gargarismi con acqua salata tiepida alleviano il mal di gola e l'aspirina, o l'acetaminofene combattono il dolore e la febbre. Antibiotici in caso di complicanze polmonare (bronchite, polmoniti).

Paziente affetto da sinusiti acuta.

E' una infiammazione dei seni, che dura meno di 8 settimane nell'adulto e 2 settimane nel bambino. E' frequentemente associata al raffreddore comune.

Invece la sinusite cronica è quella che persiste per più del tempo sia nell'adulto che nel bambino.

I sintomi: pressione e dolore sulla zona dei seni, oltre a secrezioni nasali purulente. La sinusite cronica sono: alterata liberazione mucociliare e ventilazione, la tosse cefalea cronica nell'area preorbitale e il dolore facciale, sintomi più pronunciate al risveglio mattutino. Sono anche comuni altri due sintomi: un senso di affaticamento e la sensazione di ostruzione nasale. Inoltre, alcuni paziente sperimentano una diminuzione del gusto e dell'olfatto e senso di chiusura alle orecchie.

Complicanze: Le sinusite acute, se non trattate, possono portare a gravi complicanze, le quali, occasionalmente, possono mettere in pericolo la vita, come la meningite, l'infarto ischemico e l'osteomielite. Altre complicanze della sinusite, sebbene rare, includono la cellulite orbitale grave, l'ascesso subperiosteale e la trombosi del seno cavernoso.

Le sinusite cronica sono: gravi celluliti orbitali, ascessi subperiostali, trombosi dei seni cavernosi, meningiti, infezione diretta del cervello e infarto ischemico.

Indagine diagnostiche: Accurato accertamento anamnestico e diagnostico, inclusa una tomografia assiale computerizzata dei seni, per escludere patologie locali o sistemiche, quali tumore, fistola o allergia. L'endoscopia nasale può essere indicata per escludere malattie sottostanti, fra cui tumori e formazioni fungine dei seni. Le voluminose formazioni fungine sono di solito materiale marrone o verde scuro-nero della consistenza del burro di arachidi o del formaggio molle.

Trattamento medico: Gli obiettivi in entrambi sinusite sono:

- il controllo dell'infezione, la decongestione della mucosa nasale e il sollievo dal dolore

- Gli antibiotici più usati sono l'amoxicillina e l'amoxicillina/acido clavulanico (Augmentin). Tra le possibili alternative, per i pazienti allergici alla penicillina, vi sono il trimetoprim-sulfametossazolo (Bactrim, Septra). Il farmaco è somministrato per 7-10 giorni e nella sinusite cronica per 21 giorni.

Trattamento chirurgico: Quando la terapia medica standard fallisce, la chirurgia, o più frequentemente l'endoscopia, possono essere indicate per correggere deformità strutturali che ostruiscono l'ostio (apertura) dei seni. Quando la sinusite è causata da un'infezione fungina, è richiesto un intervento chirurgico per l'escissione del fungo e del tessuto necrotico e il drenaggio del seno. Di solito sono prescritti corticosteroidi orali e topici.

Trattamento infermieristico:

- L'infermiere istruisce il paziente sui metodi per promuovere il drenaggio dei seni, come i sulfumigi (vapore del bagno, doccia calda, sauna facciale), l'aumento dell'apporto di liquidi e l'applicazione locale di calore (impacchi caldo-umidi).
- L'infermiere, inoltre, informa il paziente degli effetti collaterali degli spray decongestionanti nasali e della congestione rebound che ne può derivare, cioè questo serve per mantenere pervi gli orifizi nasali, si chiudono e dopo che si interrompe il farmaco si verifica congestione
- L'infermiere dovrebbe spiegare al paziente che la febbre, la cefalea grave e la rigidità nucale sono segni di complicanze potenziali. Se la febbre persiste, nonostante la terapia antibiotica, il paziente dovrebbe ricercare assistenza sanitaria specifica.

Paziente affetto da rinite.

E' una infiammazione delle membrane mucose nasali. Può essere classificata in infettiva, allergica o non allergica. Possono essere acute o croniche.

Eziologia: raffreddore comune da batteri e funghi. Le rinite si verificano anche quando nel naso entrano corpi estranei, vi sono deformità strutturali, neoplasie e masse, uso cronico di decongestionanti nasali e uso di contraccettivi, cocaina e antipertensivi. Possono manifestarsi anche di un'allergia.

I sintomi: rinorea (eccessivo drenaggio nasale, semiliquido), la congestione nasale, la secrezione nasale (purulenta nella rinite batterica), il prurito al naso e gli starnuti. Può verificarsi cefalea, soprattutto in concomitanza con sinusite.

Trattamento medico: La terapia della rinite dipende dalla causa, identificata attraverso l'anamnesi e la visita. Nelle riniti allergiche si possono eseguire degli esami per identificare il possibile tipo di allergeni. In base alla gravità dell'allergia, possono essere richiesti vaccini desensibilizzanti e corticosteroidi. (vedere capitolo 49 per maggiore dettagli).

Trattamento infermieristico:

- l'infermiere istruisce il paziente e affetto da rinite allergica a evitare o ridurre l'esposizione ad allergeni e irritanti, quali polvere, esalazioni, odori, cipria, spray e fumo di tabacco.

- Si spiega anche l'importanza del controllo ambientale a domicilio e sul luogo di lavoro. Per decongestionare le membrane mucose, fluidificare le secrezioni incrostate ed eliminare gli agenti irritanti, possono essere utili spray nasali salini.
- Per ottenere maggior efficacia nell'assunzione dei farmaci è importante che l'infermiere deve spiegare che si soffi il naso prima di introdurre qualunque farmaco nella cavità nasale.

Paziente affetto da faringite acuta e cronica.

E' una infiammazione febbrile della gola, causata nel 70% dei casi di un virus (streptococchi del gruppo A). Infezioni virali non complicate di solito guariscono velocemente, entro 3-10 giorni dalla comparsa.

La faringite cronica è comune in adulti che lavorano o vivono in ambienti polverosi, usano molto la voce, soffrono di tosse cronica e sono dediti all'alcol e al tabacco.

Sono noti tre tipi di faringite cronica:

- **Ipertrofica.** Caratterizzata da ipertrofia generalizzata e congestione della membrana mucosa faringea
- **Atrofica:** probabilmente uno stadio avanzato del primo tipo (la membrana è sottile, biancastra, luccicante e a volte grinzosa)
- **Granulare conica (il mal di gola del prete):** caratterizzata da molti follicoli linfatici gonfi sulla parete faringea.

I sintomi: una membrana faringea fortemente arrossata, tonsille e follicoli linfoidi gonfi e chiazzi di essudato, linfonodi cervicali ingrossati e dolenti. Possono essere presenti anche febbre, malessere, mal di gola, raucedine, tosse e rinite.

Invece nella faringite cronica sono: si lamentano un costante senso di irritazione o gonfiore in gola, presenza di muco che si raccoglie in gola e può essere espulso dalla tosse, difficoltà di deglutizione.

Trattamento medico: Nella faringite acuta può includere la somministrazione di agenti antimicrobici. Per gli streptococchi del gruppo A, il farmaco di scelta è la penicillina. Ai pazienti allergici alla penicillina e resistenti all'eritromicina (un quinto degli streptococchi di gruppo A e la maggior parte dei ceppi di *Staphylococcus aureus* sono resistenti alla penicillina e all'eritromicina) possono essere prescritte cefalosporine e macrolidi (claritromicina e azitromicina). Gli antibiotici sono somministrati per almeno 10 giorni, per ottenere un'eradicazione completa del germe dall'orofaringe.

Terapia nutrizionale. Durante la fase acuta della malattia, il paziente deve seguire una dieta liquida o semisolida, a seconda del suo appetito e del grado di fastidio causata dalla deglutizione. A volte la gola è talmente infiammata che non si riesce ad assumere liquidi per bocca in quantità adeguata; in tal caso si ricorre alla somministrazione endovenosa. In alternativa viene incoraggiato di assumere almeno 3 litri di acqua al giorno.

Nella faringite cronica: è diretto ad alleviare i sintomi, a evitare l'esposizione ad agenti irritanti e a curare eventuali patologie respiratorie, polmonari o cardiache che possano essere responsabili di tosse cronica.

Trattamento infermieristico:

- L'infermiere istruisce il paziente a rimanere a letto durante lo stadio febbrile, o riposare frequentemente, e trattare appropriatamente la biancheria per evitare la diffusione dell'infezione.
- Il sollievo dai sintomi, in pazienti con forte mal di gola, può essere ottenuto anche applicando un collare di ghiaccio. L'igiene del cavo orale può alleviare notevolmente il malessere del paziente e prevenire lo sviluppo di ragadi delle labbra e infiammazioni nella bocca, in presenza di infezione batterica.
- L'infermiere istruisce anche di evitare il contatto con altre persone, almeno fino a quando dura la febbre, per evitare la diffusione dell'infezione
- L'uso di alcolici, di tabacco e di fumo indiretto, nonché l'esposizione a basse temperature, vanno evitati, così come l'inquinamento ambientale o occupazionale. (utilizzare maschere, sciarpe per evitarli)
- L'infermiere incoraggia il paziente ad assumere liquidi in grande quantità. Gargarismi con soluzioni saline calde possono alleviare il mal di gola; le caramelle mantengono la gola umidificata.

Pazienti affetto da tonsilliti e adenoiditi.

Le tonsille consistono di tessuto linfatico e sono localizzate su ciascun lato dell'orofaringe; sono spesso sito di infezione acuta. Le tonsillite cronica invece è meno comune e può essere confusa con altre patologie quali allergie, asma e sinusite. Le adenoidi consistono di una massa di tessuto linfatico abnormemente estesa vicino al centro della parte posteriore del rinofaringe. L'infezione delle adenoidi (adenoidite) spesso accompagna la tonsillite acuta.

I sintomi: I sintomi della tonsillite includono mal di gola, febbre, russare notturno e difficoltà di deglutizione. L'ipertrofia adenoidea può essere causa di respirazione orale e rumorosa, dolore e secrezioni dagli orecchi, raffreddori frequenti, bronchite, alito pesante, alterazioni della voce e respirazione nasale. Adenoidi particolarmente ingrossate possono causare ostruzione nasale.

L'estensione dell'infezione all'orecchio medio attraverso le tube di Eustachio può provocare otite media acuta e ulteriori complicanza, quali la rottura spontanea dei timpani e la mastoidite acuta. Una cosa importante l'infezione può fermarsi nell'orecchio medio e causare sordità permanente.

Indagine diagnostiche: Il sito tonsillare è sottoposto a coltura degli organismi presenti nelle tonsille, utile per stabilire se vi sia infezione batterica. Nell'adenoidite, qualora si verificano episodi ricorrenti di otite media suppurativa che causano ipoacusia, è importante che il paziente venga sottoposto a un completo esame audiometrico.

Trattamento medico: La tonsillectomia è solitamente eseguita per tonsilliti ricorrenti, quando la terapia medica non ha avuto successo, in presenza di grave ipertrofia o ascesso peritonsillare che occlude la faringe, rendendo difficoltosa la deglutizione e mettendo in pericolo la respirazione. Raramente l'ingrossamento delle tonsille indica la necessità di asportazione; la maggior parte dei bambini presenta normalmente tonsille ingrossate, che con l'età diminuiscono di dimensioni.

Una appropriata terapia antibiotica va somministrata a pazienti sottoposti a tonsillectomia o adenoidectomia. Il più comune agente antibiotico è la penicillina orale, che viene assunta per 7 giorni; alternative sono l'amoxicillina e l'eritromicina.

Trattamento infermieristico:

- nell'immediato periodo postoperatorio e durante la convalescenza è necessaria un'osservazione continua da parte dell'infermiere, a causa dell'elevato rischio di emorragia.
- Dopo l'intervento, la posizione più confortevole è quella prona, con il capo girato di lato per permettere l'eliminazione di secrezioni attraverso la bocca e la faringe.
- L'emorragia è una complicanza potenziale dopo una tonsillectomia o un'adenoidectomia. Se il paziente vomita grandi quantità di sangue alterato, o sputa sangue rosso vivo a intervalli brevi, o se la frequenza del polso e la temperatura aumentano è il soggetto è inquieto, deve essere immediatamente avvisato il chirurgo.
- E' importante istruire il paziente a trattenersi dal tossire e dal parlare troppo, tali azioni possono infatti causare dolore in gola.
- Generalmente la tonsillectomia o l'adenoidectomia non richiedono ospedalizzazione e sono eseguite in day hospital.

Ascesso peritonsillare.

Si sviluppa sopra la tonsilla sui tessuti del pilastro anteriore e del palato molle. Solitamente si manifesta parecchi giorni dopo un'infezione tonsillare acuta ed è causato da streptococco di gruppo A.

I sintomi: Disfagia (difficoltà a deglutire qualunque sostanza non liquida), ingrossamento della voce, scialorrea e dolore localizzato. L'esame obiettivo evidenzia marcato gonfiore del palato molle, spesso al punto da ostruire la metà dello spazio tra la bocca e la faringe.

Trattamento medico: Antibiotici (specialmente la penicillina) sono estremamente efficaci nel controllo dell'infezione, in caso di ascesso peritonsillare. Se vengono prescritti all'inizio della malattia, è possibile bloccare l'evoluzione dell'ascesso ed evitare l'incisione.

Trattamento infermieristico: L'infermiere deve istruire il paziente a eseguire i gargarismi a intervalli di 1 o 2 ore, per una durata di 24-36 ore. Liquidi freddi o a temperatura ambiente sono solitamente ben tollerati.

Paziente affetto da laringiti.

Infiammazione della laringe, si verificano spesso in conseguenza di un eccessivo uso della voce o di esposizione a polvere, agenti chimici, fumo e altri inquinanti. Oppure sono legate a un'infezione delle vie aeree superiori.

Eziologia: La causa di tale infiammazione è quasi sempre un virus. L'infezione batterica può essere secondaria. La laringite è generalmente associata a rinite acuta e rinofaringite. Può dovuta a improvvisi cambiamenti di temperatura, a carenze nutrizionali e a mancanza di difese immunitarie.

Questa malattia è frequente soprattutto in inverno ed è di facile trasmissione.

I sintomi: raucedine o la afonia (perdita completa della voce) e una forte tosse. La forma cronica è invece caratterizzata da raucedine persistente. La laringite può anche essere una complicanza di forme croniche di sinusite e bronchite.

Trattamento medico: Il trattamento della laringite acuta prevede l'astensione dal parlare (riposo della voce) e dal fumo, il riposo e la terapia con suffumigi o aerosol. Se la laringite è grave, oppure è parte di un'infezione respiratoria più estesa dovuta a un batterio, deve essere istituita un'appropriata terapia antibiotica.

Nella laringite cronica, il trattamento include: riposo della voce, l'eliminazione di eventuali infezioni primarie dell'apparato respiratorio e l'abolizione del fumo. È possibile anche l'uso di steroidi topici, quali il beclometasone dipropionato (Clenil) per inalazione. Questi preparati non hanno effetti sistemici o duraturi e possono ridurre le reazioni infiammatorie locali.

Trattamento infermieristico: L'infermiere istruisce il paziente a riposare la voce e a mantenere un ambiente ben umidificato. Se sono presenti secrezioni laringee, è suggerito l'uso di espettoranti e un apporto quotidiano di 3 l di liquidi per fluidificare le secrezioni.

In conclusione il paziente affetto da infezioni delle vie aeree superiori;

le complicanze sono: sepsi, ascessi peritonsillari, otite media, sinusiti.

Gli obiettivi principali sono: mantenimento della pervietà delle vie aeree, il controllo del dolore, il mantenimento di un efficace mezzo di comunicazione, l'assenza di deficit di volume dei liquidi, la conoscenza di come prevenire le infezioni delle vie aeree superiori e l'assenza di complicanze.

Gli interventi: L'infermiere deve mantenere la pervietà delle vie aeree, istruendolo il paziente ad assumere liquidi aiuta a fluidificare il muco. Umidificare l'ambiente con vaporizzatori e con il vapore aiuta a eliminare le secrezioni e riduce le infiammazioni delle mucose.

L'infermiere somministra analgesici per dare sollievo al dolore; istruisce a evitare di parlare il più possibile e di comunicare in forma scritta, se possibile. Un uso eccessivo delle corde vocali può ritardare il ritorno completo della voce; ecc.

Paziente affetto da cancro alla laringe.

Il cancro della laringe è potenzialmente guaribile se diagnosticato precocemente.

Rappresenta meno dell'1% di tutti i tumori e si verifica circa otto volte più frequentemente nei maschi che nelle femmine, più comune nelle persone tra i 50 e i 65 anni di età.

I sintomi: La raucedine è il primo sintomo che viene notato nel paziente con dell'area glottica, perché il tumore ostacola l'azione delle corde vocali durante la fonazione. La voce può sembrare bassa e stridente. I suoni vocali alterati non costituiscono segni precoci di tumore subglottico o sopraglottico; tuttavia il paziente può lamentare dolore e bruciore in gola quando beve liquidi caldi e succhi di agrumi. Sul collo può essere palpata una massa. Tra i sintomi tardivi vi sono disfagia, dispnea, ostruzione nasale unilaterale o secrezioni nasali, raucedine persistente, ulcerazioni che non guariscono e alito pesante. Linfonodi cervicali ingrossati, calo ponderale, debolezza generalizzata e dolore che si irradia all'orecchio possono suggerire la presenza di metastasi.

Indagine diagnostiche: Un accertamento iniziale include un'anamnesi completa e un esame fisico della testa e del collo. Inizialmente è eseguita una laringoscopia indiretta nello studio medico, per valutare la faringe, la laringe e i possibili tumori. Si possono raccogliere campioni di tessuto sospetto per eseguire esami istologici.

Altri esami diagnostici, è la TAC e la risonanza magnetica, possono essere utilizzati per accertare l'adenopatia regionale e l'interessamento dei tessuti molli.

Fattori di rischio: esposizione ad asbesto, gas industriali, polvere di cemento, tabacco (fumo, fumo passivo); altri fattori: sforzi vocali, laringiti croniche, carenze alimentari, predisposizioni familiari.

Trattamento medico: Il trattamento del cancro alla laringe varia a seconda della localizzazione, delle dimensioni, dell'istologia del tumore e del coinvolgimento dei linfonodi. Le opzioni di trattamento includono la radioterapia, la chemioterapia e la chirurgia.

Lo scopo della radioterapia è quello di eradicare il cancro e preservare la funzione della laringe. Questo metodo dipende dallo stadio del tumore (1-2), lo stato di salute, lo stile di vita e le preferenze del paziente. Il vantaggio di questo trattamento è che il paziente mantiene una voce normale.

Il trattamento chirurgico e la laringectomia che può essere: parziale, sopraglottica, totale ed emilaringectomia.

Laringectomia parziale, è consigliata negli stadi precoci del cancro in area glottica, solo quando è coinvolta una sola corda vocale. C'è una guarigione molto alta. Le vie aeree rimangono intatte e il paziente non dovrebbe avere difficoltà di deglutizione. La qualità della voce del paziente può cambiare oppure il paziente può presentare raucedine.

Laringectomia sopraglottica, è indicata nel trattamento di alcuni tumori sopraglottici ai primi stadi. Sono rimossi l'osso ioide, l'epiglottide e le false corde vocali. Le vere corde vocali, la cartilagine cricoide e la trachea rimangono intatti. Il principale vantaggio di questa operazione è la preservazione della voce, anche se la sua qualità di recidiva locale; perciò i pazienti da sottoporre a questo intervento devono essere accuratamente selezionati.

Emilaringectomia, è eseguita quando il tumore si estende oltre la corda vocale, ma è di dimensioni inferiori a 1 cm ed è limitato all'area subglottica. In questa procedura, la cartilagine tiroidea della laringe è divisa nella linea mediana del collo e la porzione della corda vocale (una corda vera e una corda falsa) è rimossa con il tumore. Il paziente dovrà portare una cannula tracheostomica e una sonda nasogastrica per 10-14 giorni dopo l'intervento. Dopo la chirurgia il paziente è a rischio di aspirazione. La voce può essere ruvida, stridente e rauca, con una proiezione limitata. Le vie aeree e la capacità di deglutire rimangono intatte.

Laringectomia totale, è eseguita per cancri che si estendono oltre le corde vocali o per cancri persistenti recidivi, dopo radioterapia. Nella laringectomia totale, viene asportata l'intera laringe, incluso l'osso ioide, l'epiglottide, la cartilagine tiroidea e due o tre anelli tracheali. La lingua, la parte faringea e la trachea sono preservate. Una laringectomia totale esita in perdita permanente della voce e un cambiamento delle vie aeree.

Gli interventi infermieristici: Dopo la chirurgia deve essere stabilito un sistema efficace di comunicazione fra il paziente, la famiglia, l'infermiere e il medico.

Gli interventi sono:

- Dopo il risveglio dall'anestesia, l'infermiere promuove la pervietà delle vie aeree attraverso una posizione adatta a favorire la respirazione, quale la posizione di Fowler o semi Fowler.
- Il paziente è preoccupato che si verifichi una perdita permanente della voce o di rimanere sfigurati. L'infermiere offre al paziente e alla famiglia l'opportunità di fare domande, esprimere sentimenti e condividere percezioni.
- L'infermiere istruisce il paziente a evitare alimenti dolci, perché aumentano la salivazione e sopprimono l'appetito. Inoltre egli deve essere istruito a sciacquarsi la bocca con acqua tiepida o con colluttori e a lavarsi spesso i denti.
- L'infermiere monitora il paziente per segni e sintomi di distress respiratorio e ipossia, in particolare per irrequietezza, irritazione, agitazione, confusione, tachipnea, uso dei muscoli accessori e diminuita saturazione di ossigeno.
- L'infermiere incoraggia la persona laringectomizzata a sottoporsi a regolari visite mediche e cercare consigli per qualsiasi problema relativo al recupero e alla riabilitazione ricordando al paziente, se appropriato, gli appuntamenti programmati con il medico, il terapeuta del linguaggio e altri sanitari.

Gestione del paziente affetto da malattie delle vie aeree inferiori.

Paziente affetto da atelectasie.

E' la chiusura o il collasso di un alveolo, spesso descritta in relazione all'esito di una radiografia o di segni e sintomi clinici. La atelectasia può essere acuta o cronica.

Eziologia:

Si può verificarsi negli adulti a causa di una ridotta ventilazione alveolare, oppure di qualsiasi tipo di blocco che impedisca il passaggio di aria negli alveoli, che normalmente la ricevono attraverso i bronchi e la rete delle vie aeree. L'aria alveolare intrappolata viene assorbita nel flusso ematico, ma la sua sostituzione da parte di aria esterna è resa impossibile a causa dell'ostruzione.

Si verifica frequentemente anche dopo un intervento chirurgico, o in coloro che sono immobilizzati e hanno un modello di respirazione superficiale e uniforme.

I sintomi: Tosse, produzione di escreato e una febbre leggera, la febbre che accompagna l'atelectasia è dovuta a infezione/infiammazione distali alle vie aeree ostruite. Nell'atelectasia acuta, che coinvolge una grande quantità di tessuto polmonare (atelectasia lobare) può essere osservato una marcata sofferenza respiratoria oltre ai sintomi già citate ci sono anche dispnea, tachicardia, tachipnea, il dolore pleurico e la cianosi centrale (cute bluastra diffusa che è un segno tardivo di ipossiemia). Il paziente caratteristicamente ha difficoltà a respirare in posizione supina ed è ansioso.

Segni i sintomi di atelectasia cronica sono eguale a quella acuta.

Indagine diagnostiche: Rx-torace (rileva aeree di irregolarità o di consolidamento); Ipossiemia, l'ossimetria (Sa O₂) può dimostrare una buona saturazione con l'ossigeno dell'emoglobina (minore del 90%).

Prevenzione: Mobilizzare il paziente frequentemente per espandere i polmoni e gestire le secrezioni. Manovre di respirazione profonda (almeno ogni 2 ore) aiutano a prevenire e trattare l'atelectasia.

Trattamento:

- Migliorare la ventilazione e la rimozione delle secrezioni
- Trattare la tosse
- Se la causa è una ostruzione bronchiale da secrezione esse vanno rimosse attraverso la tosse o l'e' aspirazione per permettere all'aria di entrare nuovamente nei polmoni.
- Se la misure di assistenza respiratoria non riescono a rimuovere l'ostruzione, è necessario eseguire una broncoscopia.
- Atelectasie gravi o musive possono portare a insufficienza respiratoria acuta, specialmente in pazienti con sottostanti malattie respiratorie. Possono essere necessarie l'intubazione endotracheale e la ventilazione meccanica. Un trattamento tempestivo riduce il rischio di insufficienza respiratoria acuta e polmonite.
- Se la atelectasia è causata da comprensione del tessuto polmonare, lo scopo è di diminuire la comprensione. Con abbondanti versamenti pleurici che comprimono il tessuto polmonare e causano collasso alveolare, il trattamento può includere la toracentesi, la rimozione del liquido attraverso agoaspirazione o l'inserimento di un drenaggio toracico.
- La gestione dell'atelectasia cronica si focalizza sulla rimozione delle cause dell'ostruzione delle vie aeree o la comprensione del tessuto polmonare. Per esempio, la broncoscopia può essere usata per aprire le vie aeree ostruite da un cancro ai polmoni e la procedura può comprendere anche la crioterapia o la terapia con il laser. Lo scopo è di riaprire le vie aeree e ventilare l'area collassata.

Paziente affetto da infezioni respiratorie.

Sono:

- Tracheobronchite acuta
- Polmonite
- Tubercolosi polmonare
- Ascesso polmonare

Paziente affetto da Tracheobronchite acuta.

E' una infiammazione acuta delle membrane mucose della trachea e dell'albero bronchiale, che spesso insorge successivamente a un'infezione delle vie respiratore superiori.

I sintomi: Inizialmente il paziente ha tosse secca e irritante, ed, espettora una modesta quantità di escreato mucide. Il paziente lamenta dolore sternale provocato dalla tosse e ha febbre, cefalea e malessere generale. Man mano che l'infezione progredisce, il paziente può lamentare dispnea, inspirazione ed espirazione rumorose. Se è gravi possono espettorare secrezioni striate di sangue, a causa dell'irritazione della mucosa delle vie aeree.

Trattamento medico: Trattamento antibiotico può essere indicato in base ai sintomi, all'escreato purulento, ai risultati della coltura dell'escreato. Gli antistaminici non sono solitamente prescritti, perché possono risultare eccessivamente essicanti e rendere più difficoltosa l'espettorazione delle secrezioni. Viene aumentata l'assunzione di liquidi per sciogliere le secrezioni viscosi e tenaci. L'aspirazione e la broncoscopia possono essere necessari per rimuovere le secrezioni. Raramente portano a insufficienza respiratoria acuta. L'applicazione di impacchi caldi sul torace allevierà il dolore e il malessere. Possono essere indicati blandi analgesici o antipiretici.

Trattamento infermieristico:

- Uno dei compiti fondamentali dell'infermiere è quello di incoraggiare l'igiene bronchiale aumentando l'apporto di liquidi e la tosse per rimuovere le secrezioni.
- L'infermiere dovrebbe incoraggiare e assistere il paziente a sedersi frequentemente e a tossire in modo efficace, per prevenire l'accumulo di escreato non espulso.

Paziente affetto da polmonite.

E' un processo infiammatorio del parenchima polmonare, generalmente causato da agenti infettivi.

Eziologia: E' causata da vari microrganismi, inclusi batteri, micobatteri, clamidie micoplasmi, funghi, parassiti e virus. Classicamente la polmonite è suddivisa in quattro categorie: batterica o tipica, atipica, anaerobica/cavitaria e opportunistica.

Fattori di rischio: Scompenso cardiaco congestizio, diabete, alcolismo, BCPO (broncopneumopatia cronica ostruttiva e AIDS).

I sintomi: I sintomi predominanti possono essere cefalea, febbre di grado non elevato, dolore pleurico, mialgia, eritemi e faringiti. Dopo pochi giorni, viene espettorato un escreato mucoso o mucopurulento. Nelle gravi polmoniti, le guance sono arrossate e labbra a letto ungueale dimostrano una cianosi centrale (un segno tardivo di scarsa ossigenazione –ipossiemia).

Il paziente preferisce essere in posizione seduta, leggermente piegato in avanti (posizione ortopnoica), provando a raggiungere un adeguato scambio di gas senza tossire o respirare profondamente. L'appetito è scarso e il paziente è diaforetico e si stanca facilmente. L'escreato è spesso purulento.

Indagine diagnostiche: Rx-torace, le culture del sangue, la broncoscopia è spesso usata in pazienti con gravi infezioni, in coloro che sono affetti da infezioni croniche o refrattarie, o in pazienti immunocompromessi, quando non può essere fatta una diagnosi dell'espettorato oppure da un campione indotto.

Diagnosi infermieristiche:

- Liberazione inefficace alle vie aeree correlata a copiose secrezioni tracheobronchiali
- Rischio di deficit del volume dei liquidi correlato a febbre e dispnea
- Nutrizione alterata: inferiore al fabbisogno.

Trattamento medico.

- Somministrazione dell'antibiotico appropriato, come determinato dai risultati dell'antibiogramma. La penicillina G è chiaramente l'antibiotico di scelta per infezione da *S. pneumonite*. Altri farmaci efficaci includono l'eritromicina, la clindamicina, la cefalosporine di seconda e terza generazione, e altre.
- L'idratazione è una parte necessaria della terapia perché la febbre e la tachipnea possono portare a perdita insensibile di liquidi. Gli antipiretici possono portare essere usati per trattare la cefalea e la febbre; i farmaci contro la tosse possono essere usati per la tosse associata. Inalazioni caldo-umide possono essere utili per alleviare l'irritazione bronchiale. Gli antistaminici possono dare beneficio, riducendo il singhiozzo e la rinorrea.
- Se si sviluppa ipossiemia, si somministra ossigeno. L'ossimetria e l'emogasanalisi sono eseguite per determinare il fabbisogno di ossigeno e valutare l'efficacia della terapia. Un'alta concentrazione di ossigeno è controindicata nei pazienti con BPCO perché può peggiorare la concentrazione alveolare, diminuendo la ventilazione del paziente, portando a ulteriore decompensazione respiratoria.

Complicanze. Le gravi complicanze della polmonite includono l'ipotensione, lo shock e l'insufficienza respiratoria, persistenza dei sintomi dopo l'inizio della terapia, atelectasie, versamento pleurico, delirio e superinfezione.

La superinfezione può verificarsi con la somministrazione di grandi quantità di antibiotico, come la penicillina, o con la combinazione di antibiotici. Quindi gli antibiotici vanno cambiati in modo appropriato o, in alcuni casi, interamente interrotti.

Trattamento infermieristico.

- La rimozione delle secrezioni è importante perché la loro mancata eliminazione ostacola lo scambio gassoso e può rallentare la risoluzione della malattia. L'infermiere incoraggia l'assunzione di liquidi (2-3l/die), in quanto una idratazione adeguata porta all'eliminazione delle secrezioni e migliora la ventilazione.
- La fisioterapia del torace (percussione e drenaggio posturale) è estremamente importante per fluidificare e mobilizzare le secrezioni.
- L'infermiere somministra ossigeno, se prescritto. L'efficacia dell'ossigenoterapia è monitorata rilevando il miglioramento dei segni clinici e dei sintomi dell'ipossia, e adeguati valori di ossigenazione misurati attraverso un ossimetro e l'emogasanalisi arteriosa.
- Mantenere la nutrizione adeguata al paziente
- Monitorare e gestire le potenziali complicanze.

Paziente affetto da tubercolosi polmonare.

È una malattia infettiva che colpisce prevalentemente il parenchima polmonare. Può anche essere trasmessa ad altre parti del corpo, incluse le meningi, i reni, le ossa e i linfonodi.

Si trasmette attraverso via aerea.

I fattori di rischio: Stretto contatto con qualcuno affetto da TB. L'inalazione di particelle aeree da una persona infetta è proporzionale alla quantità di tempo passato nello stesso spazio aereo, alla vicinanza della persona e al grado di ventilazione; Paziente con HIV, cancro, organi trapiantati e prolungata terapia con alte dosi di corticosteroidi; infermiere che partecipano alla intubazione e aspirazione a questi paziente affetti; posti povere ; persistenti condizioni mediche o trattamenti speciali (per esempio, diabete, insufficienza renale cronica, malnutrizione, alcune patologie maligne, emodialisi, trapianti d'organo, gastrectomia o bypas digiunoileale), ecc.

I sintomi: Molti paziente hanno una lieve febbre, tosse, sudorazione notturna, affaticamento e perdita di peso. La tosse può non essere produttiva, oppure può essere espettorato escreato mucopurulento. Può anche verificarsi emottisi.

Indagini diagnostiche: Un'anamnesi completa, una visita fisica, il test cutaneo alla tubercolina, la radiografia del torace, un tampone per il bacillo e una coltura dell'escreato sono usati per la diagnosi della TB.

Se la persona è infettata dalla TB, i raggi X del torace rivelano lesioni dei lobi superiori e il tampone contiene colonie di micobatteri.

Diagnosi infermieristiche: liberazione inefficace delle vie aeree correlata a copiose secrezioni tracheobronchiali, intolleranza all'attività correlata ad affaticamento, alterato stato nutrizionale e febbre, ecc.

Trattamento medico:

La tubercolosi polmonare è trattata principalmente con agenti chemioterapici (agenti antitubercolari) per 6-12 mesi; terapia farmacologica sono usate cinque farmaci di prima scelta, isoniazide, rifampicina, pirazinamide e anche streptomina o etambutolo.

Trattamento infermieristico.

- L'infermiere istruisce il paziente sul corretto posizionamento, per facilitare il drenaggio delle vie aeree.
- L'infermiere pianifica un'attività progressiva che si focalizza su un'aumentata tolleranza all'attività e sulla forza muscolare. L'anoressia, la perdita di peso e la malnutrizione sono comuni nei pazienti con TB. Il desiderio di mangiare da parte del paziente può essere alterato dall'affaticamento dovuto a una tosse eccessiva, dalla produzione di escreato, dal dolore toracico o da uno stato generalizzato di debilitazione.
- Monitorare attentamente i parametri vitali e osserva i picchi di temperatura o i cambiamenti nello stato clinico
- L'infermiere istruisce il paziente a non assumere i farmaci a stomaco pieno e almeno 1 ora prima dei pasti, perché il cibo interferisce con l'assorbimento dei farmaci.
- L'infermiere valuta l'ambiente del paziente, inclusa la casa, altre residenze o l'ambiente sociale, per identificare altre persone che possono essere state in contatto con il paziente durante la malattia.

Paziente affetto da ascesso polmonare.

E' una lesione necrotica localizzata del parenchima polmonare, contenente materiale purulento, che collassa e forma una cavità. I paziente a rischio sono: quelli con

disturbi del sistema nervoso centrale (ictus e crisi epilettiformi), con dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol, con malattia esofagea, i pazienti nutriti tramite sondino nasogastrico, nonché coloro che presentano un alterato stato di coscienza dopo l'anestesia.

I paziente che non possono chiudere la glottide, o quelli con difficoltà di deglutizione, sono soggetti a rischio di aspirazione di materiale estraneo e formazione di ascessi polmonari.

I sintomi: Possono variare da una tosse scarsamente produttiva a una malattia acuta. Molti pazienti presentano febbre con tosse produttiva di espettorato in quantità moderata- copiosa, dall'odore nauseabondo, spesso striato di sangue. Può essere presente leucocitosi. Conseguenze comuni sono pleurite, un dolore sordo al petto, dispnea, astenia, inappetenza e calo ponderale, febbre e tosse possono svilupparsi insidiosamente e possono essere state presenti per numerose settimane prima della diagnosi.

Indagine diagnostiche: L'esame obiettivo del torace può rilevare ottusità alla percussione e rumori respiratori diminuiti o assenti, con sfregamento pleurico intermittente. La conferma della diagnosi viene dalla radiografia toracica, dalla coltura dell'espettorato e, in alcuni casi, dalla broncoscopia a fibre ottiche. TAC.

Prevenzione: Le seguenti misure ridurranno il rischio di ascesso polmonare:

- Appropriata terapia antibiotica prima di qualsiasi procedura dentale in pazienti che devono essere sottoposti a estrazione dentale, mentre le gengive e i denti sono infetti
- Adeguata igiene dentale e orale, perché i batteri anaerobi giocano un ruolo nella patogenesi degli ascessi polmonari
- Appropriata terapia antimicrobica per pazienti con polmonite.

PAZIENTE AFFETTO DI CANCRO DEL CAVO ORALE.

Si può presentare in qualsiasi regione della bocca o della gola, può essere curato se scoperto durante le fasi precoci. E' associato all'uso di alcol e tabacco.

.Si manifesta in soggetti di età superiore ai 60 anni; ma l'incidenza sta aumentando negli uomini di età inferiore ai 30 anni per l'impiego di tabacco in forme diverse dal fumo, soprattutto di tabacco da fiuto.

I sintomi: Molte forme neoplastiche sono inizialmente asintomatiche o associate a scarsi sintomi . Successivamente il sintomo più frequente è la formazione, non dolorosa e indurita, di un'ulcera o di una massa che non guarisce con i margini rilevati. Ogni ulcera del cavo orale che non scompaia entro 2 settimane dovrebbe essere valutata mediante biopsia. Col progredire della neoplasia, il paziente può accusare dolore, difficoltà a masticare, inghiottire, parlare; lo sputo può essere striato di sangue e i linfonodi cervicali possono ingrossarsi.

Fattori predisponenti: Consumo di tabacco (anche da fiuto) o di alcolici, carenze dietetiche, consumo di carni affumicate. Una esposizione prolungata ai raggi solari può predisporre al cancro delle labbra.

Indagini diagnostiche: Consistono nell'esame del cavo orale e nella valutazione dei linfonodi cervicali per accertare l'eventuale presenza di metastasi. Si eseguono

biopsie sulle lesioni sospette (che non sono guarite nel di 2 settimane). Aree del cavo orale a rischio elevato sono la mucosa e le gengive di persone che fiutano tabacco o fumano la pipa o il sigaro. Per le persone che fumano sigarette e devono alcol le aree a elevato rischio sono il pavimento della bocca, la porzione ventrolaterale della lingua e il complesso del palato molle (cioè, il palato molle, la regione tonsillare anteriore e posteriore, l'ugola e la regione compresa tra i molari e la giunzione della lingua).

Trattamento medico:

- Resezione chirurgica, terapia radiante, chemioterapia o una combinazione di queste terapie possono essere efficaci.
- Nel caso del cancro delle labbra, lesioni di piccole dimensioni vengono generalmente escisse senza problemi. Il trattamento è attraverso la terapia radiante, che garantisce il miglior risultato estetico. Questa scelta dipende dall'estensione della lesione e da ciò che è necessario per curare il paziente pur preservando, per quanto possibile, il suo aspetto fisico.
- La terapia del cancro della lingua è generalmente molto aggressiva, vista l'elevata incidenza di recidive (terapia radiante e la chirurgia). E' spesso necessario procedere a un'emiglossectomia (rimozione chirurgica di metà della lingua). Quando il cancro si sviluppa alla base della lingua la resezione chirurgica risulta più debilitante.
- Spesso il cancro della cavità orale metastatizza, lungo il sistema linfatico, nella regione nucale richiedendo una dissezione radicale del collo e la chirurgia ricostruttiva del cavo orale. Una comune tecnica di ricostruzione si basa sull'uso di un lembo di tessuto dell'avambraccio radiale (sottile strato di cute prelevato dall'avambraccio insieme con l'arteria radiale).

Trattamento infermieristico:

- L'infermiere prima dell'intervento valuta lo stato nutrizionale del paziente, e se necessario, si consulta un dietista.
- Si potrebbe ricorrere alla NPT
- Se si deve procedere a un trapianto radiale bisogna eseguire il test di Allen sul braccio del donatore per verificare che l'arteria ulnare sia pervia e garantisca l'irrorazione della mano dopo l'asportazione dell'arteria radiale. Per eseguire il test di Allen si comprime manualmente l'arteria radiale e si chiede al paziente di stringere il pugno. Se l'arteria ulnare è pervia, la mano del paziente dovrebbe diventare rosa.
- Dopo l'intervento l'infermiere deve valutare la pervietà delle vie aeree.
- Valutare la vitalità del trapianto cioè: il colore (il pallore può indicare un'occlusione dell'arteria e la presenza di chiazze bluastre può indicare congestione venosa).
- Valutare il polso radiale nella sede del trapianto, e valutarne quindi la per fusione, mediante ultrasonografia Doppler.

PAZIENTE SOTTOPOSTO A DISSEZIONE RADICALE DEL COLLO.

Le patologie maligne che interessano la testa e il collo comprendono il cancro della cavità orale, dell'orofaringe e dell'ipofaringe, del nasofaringe, della cavità nasale, dei seni paranasali e della laringe.

La morte per cancro della testa e del collo è principalmente attribuibile, più che alla ricorrenza nella sede del tumore primario, allo sviluppo di metastasi loco-regionali nei linfonodi del collo. Queste metastasi originano spesso dalla circolazione linfatica prima che la lesione primaria sia stata trattata.

Un intervento prevede l'asportazione di tutti linfonodi cervicali dalla mandibola alla clavicola e la rimozione del muscolo sternocleidomastoideo, della vena giugulare interna e del muscolo spinale accessorio.

Anamnesi Infermieristica: Il paziente deve essere preparato psicologicamente prima dell'intervento chirurgico; l'infermiere deve valutare la mobilità del collo non appena il recupero inizia, ecc.

Diagnosi infermieristiche: Elevato rischio di infezioni dovute all'intervento chirurgico, oppure secondarie a uno stato nutrizionale alterato, o a immunosoppressione conseguente a radioterapia o chemioterapia; perdita dell'integrità cutanea, dovuta alla chirurgia e al trapianto; impossibilità di comunicare adeguatamente, secondaria al trattamento chirurgico, ecc.

Complicanze: Emorragia, lesioni a carico delle terminazioni nervose.

Interventi infermieristici:

- Prima dell'intervento l'infermiere dovrebbe farlo sentire ad suo agio il paziente per poter che lui sia invitato a porre domande e a esprimere le sue preoccupazioni riguardo all'intervento. E' una delle competenze infermieristiche è aiutarlo psicologicamente il paziente.
- Dopo l'intervento deve garantire la pervietà delle vie aeree e il monitoraggio continuo delle condizioni respiratorie, la cura della ferita, un'adeguata igiene orale, il mantenimento del suo stato nutrizionale
- Rilevare eventuali complicanze come: emorragie o lesioni nervose.
- Per garantire la pervietà delle vie aeree è importante che l'infermiere metta in posizione fowler in modo di facilitare la respirazione e favorire il suo benessere. Inoltre questa posizione aumenta il drenaggio venoso e linfatico, facilita la deglutizione e riduce la pressione venosa sui piani cutanei.
- E' importante favorire una comunicazione efficace
- Fornire la mobilità della spalla e del collo dopo l'intervento chirurgico. Il fisioterapista può aiutare il paziente a svolgere questi esercizi.
- Una volta che il paziente viene dimesso, l'infermiere deve assicurarsi che il paziente venga alimentato nel modo appropriato e rileva eventuali complicanze.

Paziente affetto da patologie esofagea (ernia iatale).

E' determinata dall'impegno di una porzione di stomaco attraverso lo iato esofageo del diaframma. Cioè l'esofago entra nella cavità addominale attraverso un'apertura diaframmatica (iato esofageo) e si svuota, nella sua porzione terminale, nella cavità gastrica superiore. E' più frequente tra le donne che tra gli uomini. Vi sono due tipi di

ernia iatale: l'ernia assiale è determinato dallo spostamento verso l'alto della porzione superiore dello stomaco e della giunzione gastroesofagea, che scorrono dentro e fuori dal torace. Circa il 90% dei pazienti presentano questa forma di ernia.

L'ernia paraesofagea quando tutto lo stomaco, o parte di esso, si spinge attraverso il diaframma vicino alla giunzione gastroesofagea.

I sintomi: I paziente con ernia assiale po' presentare bruciore retroternale, rigurgito e disfagia, ma circa il 50% dei paziente sono asintomatici. L'ernia assiale è spesso implicata nel reflusso gastroesofageo. Il paziente con ernia paraesofagea presenta generalmente, nella fase postprandiale, una sensazione di pienezza gastrica, ma può essere asintomatico. Generalmente non c'è reflusso, poiché lo sfintere gastroesofageo è intatto. Possono manifestarsi complicanze quali sanguinamento, ostruzione e strangolamento.

Indagine diagnostiche: radiografia e fluoroscopia.

Trattamento Infermieristico.

- Include pasti frequenti e piccoli, dove permette la progressione facile lungo il canale esofageo
- L'infermiere deve informare il paziente che dopo un pasto di non coricarsi per almeno un'ora dopo il pasto, per evitare il reflusso o il movimento dell'ernia
- L'infermiere deve posizionare il paziente nella porzione craniale di 10-20cm, per prevenire lo scorrimento dell'ernia verso l'alto
- L'assistenza domiciliare postoperatoria si focalizza sul supporto alimentare, sul controllo del dolore e sulle funzioni respiratore

Piano di assistenza al paziente con gastrite.

E' una infiammazione della mucosa gastrica è un problema gastrointestinale relativamente comune. Può essere acuta, e durare da alcune ore ad alcuni giorni, oppure cronica, quando deriva dalla ripetuta esposizione della mucosa ad agenti irritanti o da episodi ricorrenti di gastrite.

Cause: La gastrite acuta è spesso dovuta a errori dietetici. Il soggetto mangia alimenti contaminati da microrganismi patogeni, irritanti o troppo conditi. Altre cause di gastrite acuta sono l'abuso di aspirina o di altri farmaci antinfiammatori non steroidei (FASNS), l'eccessivo consumo di alcolici, il reflusso biliare o la radioterapia. Una forma più grave di gastrite acuta è causata dall'ingestione di acidi o basi forti, che possono provocare gangrena o perforazione della mucosa.

La gastrite cronica è associata a patologia autoimmuni quali anemia perniziosa; fattori dietetici quali consumo di bevande calde o di cibi speziati; all'uso di farmaci, in particolare FANS; al consumo di alcolici, al fumo o al reflusso del contenuto intestinale nello stomaco.

I sintomi: Il paziente con gastrite acuta può avvertire una sensazione di malessere nella zona addominale, cefalea, stanchezza, anoressia, spesso accompagnate da vomito e singhiozzo, alcuni paziente sono asintomatici. Il paziente con gastrite cronica può mostrare i sintomi della carenza di vitamina B12 o lamentare anoressia, bruciori gastrici dopo i pasti, sapore acido in bocca, nausea e vomito.

Anamnesi infermieristiche: L'infermiere si informa sui segni e sui sintomi attuali del paziente: presenza di bruciori di stomaco, dispepsia, nausea, vomito; comparsa dei sintomi in particolari ore del giorno o circostanze prima e dopo i pasti.

Indagine diagnostiche: Nella gastrite si può essere una scarsa produzione di acido cloridrico (acloridria o Ipocloridria) o una eccessiva produzione di acido cloridrico (ipercloridria).

La diagnosi si basa sull'endoscopia (gastroscopia), sulla serie radiografica del tratto gastrointestinale superiore e sull'esame istologico di prelievi biotici. Le indagini diagnostiche per rilevare la presenza di H. pylori .

Trattamento medico:

- Il trattamento della gastrite acuta si basa anche sull'educazione del paziente, che deve evitare l'ingestione di alcolici e di cibo fino a quando i sintomi non siano scomparsi.
- Deve eseguire una dieta che non iriti la mucosa gastrica.
- Se è presente tessuto gangrenoso o in caso di perforazione può essere necessaria una chirurgia o in caso di perforazione può essere necessaria una chirurgia d'urgenza. La gastrodigiunostomia o la resezione gastrica possono essere necessarie per trattare una stenosi pilorica.
- Il trattamento della gastrite cronica si basa sulla modificazione della dieta, sul riposo, sulla riduzione dello stress e sulla terapia farmacologica. Se è presente H. pylori si può ricorrere alla terapia antibiotica (per esempio, tetraciclina o amoxicillina) o alla somministrazione di preparazioni a base di sali di bismuto (Pepto-Bismol).

Interventi infermieristici:

- Riduzione dell'ansia
- La riduzione del consumo di cibi irritanti,
- Un adeguato apporto di sostanze nutritive,
- Il mantenimento del bilancio idrico
- Una maggiore consapevolezza degli aspetti dietetici del trattamento
- L'alleviamento del dolore.
- L'infermiere deve sempre valutare l'eventuale presenza di sintomi di una gastrite emorragica: ematemesi (vomito ematico), tachicardia, ipotensione. Alla loro comparsa l'infermiere informa il medico, mantiene il monitoraggio dei parametri vitali del paziente.

Paziente con ulcera peptica.

E' una lesione profonda (con formazione di una cavità) della mucosa dello stomaco, del piloro (orifizio tra lo stomaco e il duodeno).Secondo la localizzazione si parla di ulcera gastrica, duodenale o esofagea.

Le ulcere peptiche duodenali sono più frequenti di quelle gastriche. Le ulcere gastriche croniche tendono a formarsi nella piccola curvatura dello stomaco, vicino al piloro.

La patologia colpisce soprattutto individui tra i 40 e i 60 anni.

Cause: stress, ansia che contribuiscono a svilupparsi la malattia. La presenza di un'eccessiva quantità di acido cloridrico nello stomaco può contribuire alla formazione di ulcere gastriche e lo stress può essere associato a un aumento della produzione di acido cloridrico.

Anche l'ingestione di latte e di bevande contenenti caffeina, il fumo, il consumo di alcolici possono stimolare la secrezione di acido cloridrico.

Gruppo sanguigno 0, BCPO, insufficienza renale cronica, cirrosi, H. pylori.

I sintomi: Dolore sordo, mordente, oppure una sensazione di bruciore nell'epigastrio medio o alla schiena. Solitamente il dolore viene alleviato dall'ingestione di cibo, che neutralizza l'acidità, o dall'ingestione di sostanze alcaline.

Altri sintomi dell'ulcera sono: pirosi(bruciore di stomaco), vomito, stipsi, diarrea, sanguinamento. La pirosi è una sensazione di bruciore all'esofago e allo stomaco che risale verso la bocca, spesso accompagnato da distensione e eruttazione, in particolare a stomaco vuoto.

Complicanze: Emorragia, perforazione, penetrazione, stenosi pilorica.

Indagine diagnostiche: L'ulcera può essere evidenziata con un esame radiografico del tratto gastrointestinale superiore, seguito dopo un pasto maritato.

E' possibile eseguire periodicamente un esame delle feci per la ricerca del sangue occulto, fino a quando l'esito non sia negativo. La presenza di H.pilori viene diagnosticata, dopo la biopsia, con studi istologici e colturali.

Trattamento medico:

- Terapia farmacologica (antagonisti dei recettori dell'istamina che riducono la secrezione acida gastrica).
- Riposo e riduzione delle tensioni
- Il paziente viene incoraggiato a smettere di fumare
- Evitare l'ingestione di alimenti molto freddi o molto caldi, e evitando il consumo di estratti di carne, alcolici, caffè (compreso il caffè decaffeinato), e diete ricche di latte e panna, che stimolano la secrezione acida.

Interventi infermieristici.

- Si consiglia al paziente di consumare i pasti con regolarità e in un ambiente tranquillo; a apprendere tecniche di rilassamento che possono aiutarlo a affrontare le tensioni emotive e il dolore; a smettere di fumare.
- Mantenimento di un adeguato stato nutrizionale
- Monitoraggio e trattamento di potenziali emorragie.
- Rilevare frequentemente i parametri vitali, ecc.

Paziente con cancro dello stomaco.

I cancro gastrici sono la maggior parte dei casi adenocarcinoma e possono svilupparsi in ogni area dello stomaco. Il tumore infiltra la mucosa circostante, penetrando nella parte dello stomaco e in organi e strutture adiacenti. Spesso, al momento della diagnosi sono già interessati fegato, pancreas, esofago e duodeno.

L'incidenza del cancro gastrico è molto maggiore in Giappone, dovuto al consumo di cibi affumicati accompagnato a uno scarso consumo di frutta e verdura possono aumentare il rischio di cancro gastrico.

I sintomi: Ingestione, anoressia, dispepsia, dimagrimento, dolore addominale, stipsi, anemia, nausea e vomito.

Indagini diagnostiche: In caso di metastasi epatiche può essere presente un'ascite. Le procedure diagnostiche più comuni sono prelievi biotici e lavaggi citologici eseguiti per via endoscopica. E' inoltre possibile eseguire un esame radiografico del tratto gastrointestinale superiore dopo un pasto baritato.

TAC e la scintigrafia ossea e epatica possono aiutare a valutarne l'estensione. Se un individuo oltre i 40 anni accusa dispepsia per più di 4 settimane è necessario eseguire un esame radiografico completo del tratto gastrointestinale.

Trattamento medico.

Il carcinoma gastrico può essere trattato efficacemente solo per via chirurgica. Il tumore può essere rimosso quando è ancora localizzato nello stomaco il paziente può essere curato. Tuttavia in molti casi la resezione del tumore può avere un effetto palliativo, con la prevenzione dei sintomi, quali la stenosi. La chirurgia palliativa viene eseguita anche per alleviare i sintomi dell'ostruzione o la disfagia.

Interventi infermieristici:

- Ridurre l'ansia del paziente
- Mantenere un adeguato stato nutrizionale
- L'alleviamento o eliminazione del dolore
- L'infermiere aiuta il paziente a esprimere i timori, le preoccupazioni e la sofferenza psicologica suscitati dalla diagnosi.
- L'infermiere informa il paziente e i familiari circa l'eventuale regime di radioterapia o di chemioterapia e insegna loro a svolgere le operazioni di cura e assistenza che dovranno accompagnare e seguire il trattamento.

Paziente sottoposto alla chirurgia gastrica.

La chirurgia gastrica può essere eseguita in caso di ulcera peptica associata a emorragia potenzialmente letale, con stenosi, perforazione o penetrazione, o che non risponde al trattamento farmacologico. Può essere indicata inoltre per pazienti con cancro o trauma gastrico.

Le procedure chirurgiche possono includere una gastrectomia parziale (asportazione di una parte di stomaco) o una gastrectomia totale con anastomosi termino-terminale o termino-laterale tra esofago e digiuno.

Anamnesi infermieristiche: Prima dell'intervento l'infermiere valuta le conoscenze del paziente sulle procedure che l'intervento chirurgico implica nelle fasi pre-e postoperatoria, valuta lo stato nutrizionale del paziente. Nella fase postoperatoria si valuta la comparsa di complicanze secondarie all'intervento quali: emorragie, infezioni, distensione addominale, impoverimento dello stato nutrizionale.

Fattori che impediscono il ripristino e il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale:

Sono: Disfagia e ritenzione gastrica, reflusso biliare, sindrome da rapido svuotamento gastrico, e deficit di vitamine e minerali.

Interventi infermieristici: Ridurre l'ansia, la conoscenza e la comprensione della procedura chirurgica e del decorso postoperatorio, il raggiungimento di uno stato

nutrizionale ottimale e il trattamento delle complicanze che possono interferire con la nutrizione, alleviare il dolore, prevenire l'emorragie e steatorrea, prevedere le cure domiciliare dopo la dimissione.

Paziente affetto da cancro all'esofago.

Il cancro esofageo è generalmente di tipo epidermide, a cellule squamose; tuttavia negli Stati Uniti è in aumento l'incidenza dell'adenocarcinoma esofageo.

I sintomi: Disfagia, inizialmente per cibi solidi poi anche per i liquidi; sensazione della presenza di una massa nella gola, deglutizione dolorosa, sensazione di dolore retrosternali o di pienezza, e, più tardi, rigurgito di alimenti non digeriti con alito fetido e singhiozzo. I sintomi più tardivi includono dolore retrosternali, singhiozzo persistente, difficoltà respiratore, alitosi.

Indagine diagnostiche: Circa il 95% dei casi mediante esofagogastroduodenoscopia, biopsia ed esame citologico. Solitamente si esegue una broncoscopia, specialmente nei casi di tumori del terzo superiore e del tratto intermedio dell'esofago.

La mediastinoscopia viene impiegata per valutare il coinvolgimento dei linfonodi e di altre strutture mediastiniche.

Trattamento medico:

- Il trattamento può includere chirurgia, radioterapia, chemioterapia, oppure una combinazione di queste modalità, in funzione dell'estensione della neoplasia.
- Il trattamento chirurgico usuale prevede una resezione totale dell'esofago (esofagectomia) con rimozione del tumore e di un ampio margine di tessuto sano e dei linfonodi regionali.
- Trattamento palliativo, che può essere necessario per mantenere la pervietà dell'esofago, permettere l'alimentazione del paziente e di controllare il flusso di saliva, può essere attuato con la dilatazione dell'esofago, l'inserimento di protesi interne(stent), radioterapia, chemioterapia, laserterapia.

Trattamento infermieristico.

- E' quello di migliorare le condizioni fisiche e nutrizionali del paziente in previsione dell'intervento chirurgico, della radioterapia o della chemioterapia.
- Dopo l'intervento e risveglio dall'anestesia, al paziente viene fatta assumere la posizione semi-Fowler laterale, per prevenire il reflusso di succhi gastrici. Il paziente deve essere controllato attentamente per rilevare eventuali rigurgito e dispnea.
- Se è stata inserita una protesi o è stata eseguita un'anastomosi, il paziente avrà un passaggio diretto tra stomaco e gola. L'infermiere deve assolutamente astenersi dal reinserire il SNG, perché potrebbe danneggiare l'anastomosi. Dopo 5-7 giorni dall'intervento il SNG viene rimosso e il paziente ingerisce un pasto maritato, che permette di valutare l'eventuale presenza di perdite dalla sede d'anastomosi prima che egli riprenda ad alimentarsi per via orale.
- Se il paziente accusa dolore, somministrare analgesici secondo prescrizione medica.
-