

Brunner - Suddarth

MANUALE DI INFERMIERISTICA CLINICA

Edizione italiana a cura di
Antonio Iadaluca



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Presentazione dell'edizione italiana

La pubblicazione della prima edizione italiana di questo *Manuale di infermieristica clinica* (traduzione della quattordicesima edizione in lingua inglese) si inserisce in un mondo sanitario a crescente complessità e che vede una radicale modificazione delle modalità di erogazione delle prestazioni infermieristiche.

Il testo rappresenta un utile compendio ad uso sia di professionisti impegnati nell'esercizio professionale, sia di studenti infermieri. I punti di forza del *Manuale di infermieristica clinica* sono rappresentati dall'aggiornamento dei contenuti e dal suo speciale formato tascabile che consente a professionisti e studenti un facile trasporto sui luoghi di diretta consultazione.

Questo manuale trae origine dall'esperienza pluriennale del testo *Brunner-Suddarth, Infermieristica medico-chirurgica*, ormai giunto alla quinta edizione italiana, di cui offre un sintetico compendio dei contenuti presentati con una modalità molto differente, orientata all'utilizzo pratico in ambito clinico più che alla didattica come invece è nei volumi maggiori, grazie alla possibilità di consultazione rapida delle condizioni patologiche elencate in ordine alfabetico. In questo modo, il testo consente di accedere rapidamente alle informazioni di base di molte patologie per quanto riguarda la descrizione, la fisiopatologia, le indagini diagnostiche e le manifestazioni cliniche, ma soprattutto per quanto concerne il processo di assistenza infermieristica da attuare in relazione ad ogni quadro patologico.

Il manuale fornisce indicazioni circa le principali indagini diagnostiche e gli esami ematochimici che possono essere richiesti, con i relativi valori di riferimento. Tutto ciò facilita il professionista infermiere sia nell'individuare segni e sintomi specifici di ciascuna patologia, sia soprattutto nel mettere in relazione il quadro clinico con indagini e valori. Una volta descritte le manifestazioni e le indagini diagnostiche, il contenuto è suddiviso in *gestione medica*, all'interno della quale sono sinteticamente presentati i trattamenti terapeutici o gli interventi chirurgici che possono essere attuati, e

gestione infermieristica che rappresenta il cuore centrale del manuale. Nell'ambito della gestione infermieristica, l'organizzazione del testo segue uno schema che consente di individuare le diagnosi infermieristiche (tratte dalla tassonomia NANDA-I), i risultati di salute e gli interventi infermieristici che potrebbero trovare una loro collocazione nella pianificazione assistenziale infermieristica personalizzata per specifici gruppi di persone assistite.

Alla fine della trattazione di ogni patologia, il testo rimanda in modo puntuale ai volumi *Brunner-Suddarth, Infermieristica medico-chirurgica*, per una presentazione più completa e approfondita della patologia stessa e delle relative attività di cura e assistenza.

Un altro punto di forza è rappresentato dal forte orientamento verso la pianificazione assistenziale di risultati di salute e interventi infermieristici in fase di dimissione al domicilio e in comunità, rafforzando in modo importante l'assistenza infermieristica sul territorio. La forte enfasi sul processo di assistenza infermieristica e sulla sua attuazione in fase di dimissione rappresenta un notevole contributo editoriale e scientifico verso l'infermieristica di comunità.

A impreziosire il contenuto del testo sono stati introdotti due elementi molto importanti: le indicazioni per la qualità e la sicurezza dell'assistenza infermieristica e le considerazioni gerontologiche. Le indicazioni forniscono norme comportamentali e pratiche per la gestione di situazioni particolarmente complesse o ricorrenti che potrebbero influenzare il risultato delle prestazioni infermieristiche o che rappresentano un rischio professionale per l'infermiere stesso. Le considerazioni gerontologiche invece forniscono indicazioni circa le differenti caratteristiche o il diverso impatto che la patologia ha quando si manifesta nella popolazione anziana, e i differenti approcci che l'infermiere deve considerare nella stesura della relativa pianificazione assistenziale.

Gli interventi infermieristici sono descritti in relazione agli obiettivi a cui fanno riferimento, in modo da rendere più fluida la pianificazione assistenziale, e si concentrano spesso sul concetto di autocura e di cura di sé dimostrando un forte orientamento alla persona assistita e alle sue capacità di far fronte, laddove possibile, ai problemi che possono insorgere dopo la dimissione o richiedere l'attivazione dell'assistenza domiciliare. Allo stesso modo, vengono fornite indicazioni circa l'educazione della persona assistita in modo tale che essa stessa, in modo autonomo, possa essere consapevole di quando e come richiedere il supporto dei professionisti della salute e rispettare i controlli di follow-up.

Nella traduzione dalla lingua inglese è stata data alla terminologia una connotazione semantica che rispettasse il contesto assistenziale italiano, così come si è cercato di fare riferimento ad Associazioni presenti sul territorio italiano oppure, se non presenti, a linee guida internazionali valide anche in Italia.

È necessario considerare questo testo come un supporto alla pianificazione assistenziale che deve essere necessariamente integrata da una valutazione iniziale personalizzata sul singolo caso. Pertanto questo testo si propone come supporto clinico al pensiero critico che deve trovare necessariamente espressione nel piano di assistenza infermieristica, basato su un modello teorico di riferimento.

Antonio Iadeluca

Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Formatore e consulente per i percorsi di formazione

continua e universitaria

Direttore di "To Care Lab - laboratori didattici per prendersi cura"

Presidente di "Ad Curam" soc. coop. sociale

Febbraio, 2021

Nota terminologica

Già da molti anni la CEA, Casa Editrice Ambrosiana, sta operando, attraverso diverse iniziative che coinvolgono professionisti e studiosi del settore infermieristico, per dare il suo contributo sia alla definizione, in termini di contenuti e metodi, del campo di attività dell'infermiere (fenomeni che affronta, interventi che eroga, risultati a cui mira), sia alla standardizzazione del linguaggio infermieristico.

Il primo passo formale in questo senso è stato compiuto con la pubblicazione, avvenuta nel 2004, della traduzione ufficiale del testo *NANDA International, Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2003-2004*. A somiglianza di quanto realizzato in altri Paesi per altre lingue, a fianco del traduttore principale è stato costituito un gruppo di lavoro, formato da numerosi professionisti dell'ambito infermieristico, di diversa provenienza e formazione, che si è occupato di concordare la terminologia con la quale scrivere in lingua italiana i titoli e le definizioni delle diagnosi infermieristiche. Il repertorio che il gruppo di lavoro ha prodotto nel corso degli anni è stato utilizzato da CEA per uniformare il linguaggio infermieristico nell'ambito diagnostico per tutti i propri testi. Tale repertorio è mantenuto aggiornato attraverso la pubblicazione periodica, ogni due anni fino al 2008 e ogni tre anni a partire dal 2009, delle nuove edizioni del manuale ufficiale di NANDA International, la cui ultima edizione pubblicata, al momento di andare in stampa, è relativa al triennio 2018-2020.

Il successo ottenuto da questa iniziativa ha stimolato la definizione di un progetto analogo, finalizzato alla realizzazione di una traduzione condivisa dei titoli della versione 2004 delle classificazioni NOC e NIC. Anche in questo caso, un gruppo di esperti dell'ambito infermieristico è riuscito a condividere una terminologia comune e il repertorio messo a punto è stato utilizzato per uniformare il linguaggio infermieristico per quanto riguarda la definizione dei risultati di salute e dei relativi interventi infermieristici. La pubblicazione dei testi di S. Moorhead, M. Johnson e M. Maas, *Classificazione NOC dei risultati infermieristici*, e di J. McCloskey Dochterman e

G.M. Bulechek, *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*, avvenuta nel 2007 e relativa alle versioni 2004 delle due tassonomie, ha costituito un'importante occasione di confronto sul lavoro effettuato e ha permesso di aggiornare la terminologia precedentemente messa a punto per la traduzione dei titoli dei risultati NOC e degli interventi NIC e di far condividere al gruppo di lavoro anche la traduzione delle relative definizioni. Questa attività è proseguita negli anni successivi e ha di recente dato origine alla pubblicazione delle edizioni 2018 delle due classificazioni NOC e NIC.

Attraverso questi processi, il repertorio terminologico utilizzato dalla Casa Editrice Ambrosiana si arricchisce di nuovi importanti contributi e i volumi CEA, tradotti utilizzando questa “terminologia ufficiale”, si presentano a studenti infermieri, infermieri clinici, infermieri formatori, ricercatori e dirigenti con un linguaggio coerente, che favorisce il confronto e lo sviluppo della comunità professionale infermieristica nel nostro Paese.

La conformità dei molteplici testi infermieristici di CEA alla terminologia NNN qui illustrata viene evidenziata con l'inserimento dei loghi di “Traduzione verificata NANDA-I” e di “Traduzione verificata NOC e NIC”.





A

Morbo di Addison (Insufficienza corticosurrenalica)

Il morbo di Addison, o insufficienza corticosurrenalica, si manifesta quando la corticale surrenale non è in grado di produrre sufficienti quantità di ormoni corticali. Nella maggior parte dei casi la malattia è dovuta a un'atrofia delle ghiandole surrenali (o surreni) di origine autoimmune o idiopatica. Altre cause comprendono la rimozione chirurgica di entrambe le ghiandole surrenali o una loro infezione (tubercolosi o istoplasmosi). Anche l'inadeguata secrezione di ormone adrenocorticotropo (ACTH) da parte dell'ipofisi può portare a insufficienza corticosurrenalica così come, molto comunemente, l'utilizzo terapeutico di corticosteroidi. I sintomi possono essere, inoltre, causati da un'improvvisa cessazione della terapia con ormone adrenocorticotropo esogeno, che interferisce con i normali meccanismi di feedback.

Manifestazioni cliniche

Il morbo di Addison è caratterizzato da debolezza muscolare, anoressia, sintomi gastrointestinali, *fatigue*, deperimento, pigmentazione scura di cute e mucose, ipotensione, ipoglicemia, bassi livelli ematici di sodio e alti livelli di potassio. Di solito, si manifesta inizialmente con sintomi non specifici. Nel 20-40% degli assistiti si riscontrano cambiamenti dello stato mentale (depressione, fragilità emotiva, apatia e confusione). Nei casi gravi, le alterazioni del metabolismo del sodio e del potassio possono essere evidenziate dalla deplezione di sodio e acqua e da disidratazione cronica grave.

Crisi addisoniana

Con la progressione della malattia e l'ipotensione acuta, si sviluppano le crisi addisoniane caratterizzate da:

- cianosi e segni classici di shock circolatorio, come pallore, apprensione, polso rapido e debole, respirazione rapida e ipotensione;
- cefalea, nausea, dolore addominale, diarrea, confusione e irrequietezza;

A

- lieve iperaffaticamento, esposizione al freddo, infezioni acute o diminuzione nell'assunzione di sale che possono portare a collasso circolatorio, shock e morte;
- stress chirurgico o disidratazione per la preparazione ai test diagnostici o alla chirurgia, che possono scatenare le crisi.

Valutazione e risultati diagnostici

- Aumento marcato dell'ormone adrenocorticotropo plasmatico (più di 22 pmol/L).
- Livello di cortisolo ematico inferiore alla norma (meno di 165 nmol/L) o ai limiti inferiori della norma.
- Riduzione dei livelli ematici di glucosio (ipoglicemia) e di sodio (iponatremia), aumento della concentrazione ematica di potassio (iperpotassiemia) e aumento della conta dei globuli bianchi (leucocitosi).

Gestione medica

Il trattamento immediato e diretto per prevenire lo shock circolatorio consiste nel:

- ripristinare la circolazione ematica, somministrare fluidi e corticosteroidi, monitorare i parametri vitali e posizionare l'assistito supino con le gambe sollevate;
- somministrare per via endovenosa idrocortisone seguito da soluzione salina e destrosio al 5%;
- se l'ipotensione persiste, somministrare amine vasopressorie;
- somministrare antibiotici se un'infezione ha contribuito a fare precipitare la crisi surrenalica;
- quando tollerata, iniziare l'assunzione di cibo per via orale;
- se la ghiandola surrenale non recupera un'adeguata funzionalità, iniziare una terapia sostitutiva con corticosteroidi e mineralcorticoidi per il resto della vita;
- integrare l'apporto dietetico con sale durante episodi di perdita di liquidi a livello gastrointestinale in seguito a vomito e diarrea.

Gestione infermieristica

Valutazione dell'assistito

- Focalizzare l'anamnesi e l'esame clinico sulla presenza di sintomi di squilibrio idrico e stress.
- Monitorare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca quando l'assistito si muove dalla posizione sdraiata, seduta ed eretta, per valutare la presenza di inadeguato volume di liquidi.

- Valutare il colore e il turgore della cute.
- Valutare la storia clinica individuando cambiamenti di peso, debolezza muscolare e *fatigue*.
- Chiedere alla persona assistita e alla famiglia informazioni sull'insorgenza di malattie o sull'aumentato stress che possono aver aggravato la crisi.

Monitoraggio e gestione della crisi addisoniana

- Monitorare segni e sintomi indicativi di crisi addisoniana, che possono comprendere shock, ipotensione, polso rapido e debole, frequenza respiratoria accelerata, pallore ed estrema stanchezza.
- Avvisare l'assistito di evitare fattori stressanti fisici e psicologici, come esposizione al freddo, sforzi eccessivi, infezioni e stress emotivi.
- Trattare immediatamente l'assistito in crisi addisoniana con somministrazione endovenosa di liquidi, glucosio ed elettroliti, soprattutto sodio, con la sostituzione degli ormoni steroidei persi e con vasopressori.
- Anticipare e soddisfare le necessità della persona assistita per promuovere il ritorno allo stato precedente alla crisi.

Ripristino dell'equilibrio idrico

- Incoraggiare l'assistito a consumare alimenti e fluidi che favoriscano il ripristino e il mantenimento dell'equilibrio idroelettrolitico.
- In accordo con il dietista, aiutare l'assistito a selezionare alimenti ad alto contenuto di sodio in caso di disturbi del tratto gastrointestinale e in stagioni molto calde.
- Istruire l'assistito e la famiglia a somministrare ormoni sostitutivi come prescritto e a modificare il dosaggio durante malattie e altre situazioni stressanti.
- Fornire istruzioni scritte e verbali circa la somministrazione di mineralcorticoidi o corticosteroidi, come prescritto.

Miglioramento della tolleranza all'attività

- Evitare attività e stress non necessari che possano fare precipitare un episodio ipotensivo.
- Identificare segni di infezione o presenza di fattori stressanti che possano aver scatenato la crisi.
- Spiegare la motivazione del ridurre al minimo lo stress durante la crisi acuta e l'aumento di attività.

A

Promozione dell'assistenza alla dimissione, al domicilio e in comunità

Educare l'assistito all'autocura

- Fornire alla persona assistita e alla famiglia istruzioni esplicite verbali e scritte sulla motivazione della terapia sostitutiva e di un appropriato dosaggio.
- Istruire la persona assistita e la famiglia su come modificare il dosaggio dei farmaci e aumentare l'apporto di sale in caso di malattia, stagione molto calda e situazioni stressanti.
- Modificare la dieta e l'apporto di liquidi per mantenere l'equilibrio idroelettrolitico.
- Fornire alla persona assistita e alla famiglia siringhe precaricate con monodose di corticosteroidi per l'utilizzo in situazioni di emergenza e insegnare come e quando utilizzarle.
- Avvisare l'assistito di informare i professionisti della salute (per es. il dentista) circa l'utilizzo di steroidi.
- Esortare l'assistito a indossare un braccialetto di emergenza medica e a portare sempre con sé le informazioni sulla necessità dell'utilizzo di corticosteroidi.
- Istruire la persona assistita e la famiglia sui segni di assunzione eccessiva o insufficiente di ormoni sostitutivi.

Continuità dell'assistenza

- Dopo la dimissione dall'ospedale, se l'assistito non può tornare al lavoro e alle responsabilità familiari, inviarlo presso un servizio di assistenza domiciliare per garantire un ambiente sicuro; valutare il recupero, monitorare la terapia ormonale sostitutiva e valutare lo stress al domicilio.
- Valutare le conoscenze della persona assistita e della famiglia sull'adesione al regime terapeutico; enfatizzare gli effetti collaterali dei farmaci e le modificazioni dietetiche.
- Valutare i piani dell'assistito per *follow-up* regolari presso l'ospedale o altre strutture sanitarie.
- Incoraggiare l'assistito a indossare un dispositivo medico di identificazione per il morbo di Addison.
- Ricordare all'assistito e alla famiglia l'importanza delle attività di promozione della salute e degli screening sanitari.

Valutazione continua

Risultati attesi per la persona assistita

- Riduce il rischio di lesione.
- Riduce il rischio di infezione.

Appendice: valori di laboratorio selezionati

I valori convenzionali indicati sono quelli riportati nel libro originale pubblicato negli Stati Uniti. Gli intervalli di riferimento possono variare leggermente da Paese a Paese e anche in base al singolo laboratorio che processa i campioni [N.d.C].

Valori ematici			
Test	Unità convenzionali	Unità SI	
Acido urico	M: 3,4-7,0 mg/dL	M: 202-416 $\mu\text{mol/L}$	
	F: 2,4-6,0 mg/dL	F: 143-357 $\mu\text{mol/L}$	
Alanina aminotrasferasi (ALT)	M: 10-40 U/mL	M: 0,17-0,68 $\mu\text{kat/L}$	
	F: 8-35 U/mL	F: 0,14-0,60 $\mu\text{kat/L}$	
Amilasi	25-125 U/L	0,4-2,1 $\mu\text{kat/L}$	
	Anziani: 24-151 U/L	Anziani: 0,4-2,5 $\mu\text{kat/L}$	
Ammoniemia (plasma)	15-45 $\mu\text{g/dL}$	11-32 $\mu\text{mol/L}$	
Anidride carbonica, pressione parziale arteriosa (Pa_{CO_2})	35-45 mmHg	4,66-5,99 kPa	
Antigene prostatico specifico (PSA)	Età < 60 anni: <3,6 ng/mL	Età < 60 anni: <3,6 $\mu\text{g/L}$	
	Età > 60 anni: <6,6 ng/mL	Età > 60 anni: <6,6 $\mu\text{g/L}$	
Aspartato aminotrasferasi (AST)	M: 10-40 U/L	M: 0,34-0,68 $\mu\text{kat/L}$	
	F: 15-30 U/L	F: 0,25-0,51 $\mu\text{kat/L}$	
Azoto ureico ematico (BUN)	8-20 mg/dL	2,9-7,5 mmol/L	
Bicarbonato	23-30 mEq/L	23-30 mmol/L	
Bilirubina (totale)	0,3-1,0 mg/dL	5-17 $\mu\text{mol/L}$	
	Diretta	<0,5 mg/dL	<6,8 $\mu\text{mol/L}$
	Indiretta	0,1-1,0 mg/dL	1,7-17,1 $\mu\text{mol/L}$
Calcio	8,8-10,2 mg/dL	2,052-2,6 mmol/L	

Brunner - Suddarth

MANUALE DI INFERMIERISTICA CLINICA

Questo manuale trae origine dall'esperienza pluriennale del testo *Brunner-Suddarth, Infermieristica medico-chirurgica*, ormai giunto alla quinta edizione italiana, ma grazie a una presentazione dei contenuti orientata all'utilizzo pratico in ambito clinico più che alla didattica, come invece è nei volumi maggiori, costituisce un ideale testo di riferimento per la consultazione rapida nel corso dell'attività clinica.

In questo modo, il testo consente di accedere rapidamente alle informazioni di base di molte patologie, elencate in ordine alfabetico, per quanto riguarda la descrizione, la fisiopatologia, le indagini diagnostiche e le manifestazioni cliniche, ma soprattutto per quanto concerne il processo di assistenza infermieristica da attuare in relazione a ogni quadro patologico.

Il testo è inoltre caratterizzato da un forte orientamento verso la pianificazione assistenziale di risultati di salute e interventi infermieristici in fase di dimissione al domicilio e in comunità, rafforzando in modo importante l'assistenza infermieristica sul territorio.

L'edizione originale in lingua inglese è pubblicata da



BRUNNER*MANUALE INFERM CLINICA (CEA M

ISBN 978-88-08-18235-7



9 788808 182357