Barbara L. Yoost · Lynne R. Crawford

Mappe concettuali per l'assistenza infermieristica

CASI CLINICI PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE, LA COLLABORAZIONE E L'ASSISTENZA

Casa Editrice Ambrosiana

Mappe concettuali per l'assistenza infermieristica

CASI CLINICI PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE, LA COLLABORAZIONE E L'ASSISTENZA

Barbara L. Yoost, MSN, RN, CNS, CNE, ANEF
Adjunct Professor
Division of Nursing
Notre Dame College
South Euclid, Ohio

Lynne R. Crawford, MSN, RN, MBA, CNE
Retired Faculty
College of Nursing
Kent State University
Kent, Ohio

Edizione italiana a cura di

Sabrina Tolomeo
Direttore didattico e docente
Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano
Sezione S. Carlo, ASST Santi Paolo e Carlo

Giuseppina Ledonne
Direttore didattico e docente
Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano
Sezione Sacco, ASST Fatebenefratelli Sacco

Casa Editrice Ambrosiana

Revisori

Shawnadine K. Becenti, RN, MSN
Lecturer, Nursing
University of New Mexico-Gallup
Gallup, New Mexico

Susan Frances Camasi, RN, MSN, LRN
Assistant Professor, School of Nursing
University of Alaska Anchorage
Anchorage, Alaska

Janice M. Crabill, PhD, RN
Associate Professor, Nursing
Northwest Nazarene University
Nampa, Idaho

Marci L. Dial, DNP, MSN, BSN, ARNP, NP-C, RN-BC, CHSE, LNC
Professor of Nursing, Department of Nursing
Valencia College
Orlando, Florida

Katrina Dielman, MS, RN
Clinical Instructor, Undergraduate Nursing Program
Oregon Health and Science University
La Grande, Oregon

Christina Flint, RN, MSN, MBA
Assistant Professor of Nursing
University of Indianapolis
Indianapolis, Indiana

Mariann M. Harding, PhD, RN, CNE
Associate Professor of Nursing
Kent State University Tuscarawas
New Philadelphia, Ohio

Dorothy Kinley, RN, MS, CMSRN
Assistant Professor, School of Nursing
University of Alaska Anchorage
Anchorage, Alaska

Janis Longfield McMillan, MSN, RN, CNE
Associate Clinical Professor, School of Nursing
Northern Arizona University
Flagstaff, Arizona

Sandra Gayle Nadelson, RN, MSN, MSEd,PhD, CNE
Program Director, Nursing and Health Professions
Utah State University
Logan, Utah

Kristie Stephens, RN, PHN, MSN
Dean, School of Nursing
Simpson University
Redding, California

Brenda Trigg, DNP, GNP, CNE, RN
Professor of Nursing, Department Chair
Southern Arkansas University
Magnolia, Arkansas

Rachelle K. White, BSN, RN, CWON
Assistant Nursing Instructor, School of Nursing
University of Alaska Anchorage
Anchorage, Alaska

Laura C. Williams, MSN, CNS, ONC, CCNS
Orthopedic Clinical Nurse Specialist
Center for Nursing Research and Advanced Nursing Practice
Orlando Health
Orlando, Florida

Prefazione

Mappe concettuali per l'assistenza infermieristica: casi clinici per migliorare la comunicazione, la collaborazione e l'assistenza è una risorsa per l'apprendimento attivo e la valutazione del rendimento degli studenti, che permette una formazione infermieristica innovativa, collegando teoria e pratica. Affrontando i temi dell'assistenza, della collaborazione interprofessionale, della comunicazione efficace e del pensiero critico, il testo favorisce il miglioramento delle capacità di giudizio clinico degli studenti infermieri e li prepara per fornire un'assistenza sempre più centrata sulla persona assistita e basata sulle evidenze scientifiche. Nel corso di tutto il testo sono analizzate le competenze pre-abilitazione del Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Institute e della National Academy of Medicine (in passato IOM, Institute of Medicine).

I primi cinque capitoli del testo forniscono informazioni fondamentali per consolidare ciò che viene appreso nei corsi di infermieristica clinica. Il capitolo 1 introduce gli studenti alle mappe concettuali per l'assistenza (MCA), che imitano la documentazione sanitaria elettronica e le metodiche di pianificazione dell'assistenza utilizzate in molte strutture sanitarie. Lo strumento delle mappe concettuali per l'assistenza è stato sviluppato dieci anni fa dagli Autori per identificare le competenze degli studenti riguardo alla raccolta, all'analisi e alla sintesi dei dati relativi alla persona assistita e all'assistenza centrata sulla persona e basata sulle evidenze scientifiche. Le mappe concettuali per l'assistenza sono state adottate in molti programmi in tutti gli Stati Uniti e nel mondo quale strumento efficace per l'organizzazione delle informazioni sulla persona assistita, per la pianificazione dell'assistenza e per la valutazione dei risultati raggiunti dagli studenti.

L'appendice B contiene una checklist da consultare prima di completare le mappe concettuali per l'assistenza, per consentire agli studenti di assumersi la responsabilità di un esauriente completamento del loro lavoro. Le mappe concettuali per l'assistenza possono sostituire o integrare i piani di assistenza tradizionali in ambito accademico e/o possono essere utilizzate in ambito clinico come schede di lavoro quotidiano per essere poi sviluppate in compiti per valutare le conoscenze e il giudizio clinico. Le mappe concettuali per l'assistenza, insieme ai casi clinici da 1 a 30, consentono l'apprendimento attivo in classe, durante il tirocinio o in un laboratorio di simulazione.

Questo può essere particolarmente utile nei casi in cui più docenti, sia esperti sia principianti, siano coinvolti nella valutazione.

I capitoli da 2 a 5 forniscono una breve rassegna sulla valutazione sanitaria, la comunicazione, le attività collaborative e il pensiero critico. Sono evidenziate strategie fondamentali per la valutazione della persona assistita, la validazione dei dati e la registrazione. Sono trattate sia le abilità comunicative essenziali per garantire la sicurezza degli assistiti e un'assistenza efficace, sia la comunicazione informale. La collaborazione interdisciplinare e le strategie e aspettative del lavoro di gruppo sono descritte al fine di migliorare la crescita degli studenti in queste aree fondamentali della pratica professionale. Per mettere in evidenza l'integrazione della pratica basata sulle evidenze scientifiche nello sviluppo di piani di assistenza da parte degli studenti, sono trattati gli aspetti fondamentali del pensiero critico, le sue componenti e i metodi per migliorarlo.

I trenta casi clinici, presentati come se fossero prese in carico di assistiti, focalizzano l'attenzione degli studenti sull'assistenza olistica alla persona. Sono ordinati secondo un livello di difficoltà dal più semplice al più complesso, iniziando con un caso di polmonite e progredendo verso gli aspetti fondamentali dell'assistenza a persone con sepsi. Agli studenti viene richiesto di concentrarsi sulle questioni inerenti alla sicurezza della persona assistita, compresi la somministrazione dei farmaci, l'analisi degli esami diagnostici, l'assistenza interdisciplinare, le abilità psicomotorie, l'intervento in caso di crisi, gli interventi basati sulle evidenze scientifiche, i passaggi di consegne, mentre "prestano assistenza" e rispondono ai cambiamenti della persona assistita che si verificano nel corso del caso clinico.

Negli ultimi dieci anni, le mappe concettuali per l'assistenza hanno dimostrato di avere un impatto notevole sulle competenze degli studenti e sull'assistenza sicura e centrata sulla persona. Siamo entusiaste all'idea di condividere questo strumento innovativo di apprendimento e valutazione con sempre più studenti di infermieristica e colleghi universitari, ovunque si trovino.

Barbara L. Yoost, MSN, RN, CNS, CNE, ANEF
Lynne R. Crawford, MSN, RN, MBA, CNE

Presentazione dell'edizione italiana

Nell'ambito dello spazio europeo dell'istruzione superiore (HESE) viene attribuita una grande importanza alla promozione dell'apprendimento incentrato sullo studente (SCL, *Student Centered Learning*).

Porre lo studente al centro del processo di apprendimento significa riconoscere l'importanza della didattica e della competenza del saper apprendere, elementi necessari per favorire l'evoluzione che dalla *knowledge based society* porta alla *learning society*. È fuori di dubbio che questo comporti, come conseguenza, un fondamentale rinnovo accademico, evoluzione peraltro tuttora in divenire e che ci vede protagonisti. Basti pensare al coinvolgimento attivo degli studenti nella rielaborazione del loro percorso di studi, nella formulazione del bilancio delle competenze e dei contratti di apprendimento, nella scelta delle attività elettive, nei processi di valutazione dell'efficacia della didattica e dell'esperienza di apprendimento.

Siamo dunque chiamati a stare al passo con questa evoluzione, che tra i molti stimoli esige senz'altro la continua ricerca di dispositivi didattici e formativi facilitanti la formazione alle competenze dello studente. La psicologia costruttivista in questo senso ci offre una buona varietà di strumenti pedagogici utili a rendere lo studente attivo protagonista del proprio percorso di apprendimento. Un apprendimento di qualità e significativo, per dirlo alla Novak, ovvero un apprendimento inteso come decisione di mettere in relazione le nuove informazioni acquisite con quelle che lo studente già possiede. Accompagnare lo studente nel passaggio dall'accademismo all'attivismo costituisce uno degli obiettivi più attuali del docente, che non dimentichiamo è spesso anche tutor. Questo ha lo scopo di agevolare in modo significativo la creazione di una nuova conoscenza, dove i concetti già incorporati nella struttura cognitiva preesistente si collegheranno, mediante opportune relazioni, alle nuove informazioni acquisite dallo studente. Le mappe concettuali nascono esattamente per essere un dispositivo schematico che rappresenti una serie di significati e concetti, collegati in una struttura di proposizioni. Il loro utilizzo in vari campi del sapere è risultato efficace soprattutto nel promuovere l'apprendimento, inducendo lo studente a imparare come imparare. Inoltre, ha in sé un ruolo metacognitivo, in quanto la sua realizzazione implica l'elaborazione di processi mentali complessi, poiché lo studente è chiamato non solo a memorizzare concetti, ma anche ad attribuire loro significati e rapporti di reciproca interazione logica e sintattica. Queste considerazioni sulle mappe concettuali ben si integrano con lo sviluppo delle capacità di problem solving, indispensabili nell'elaborazione del processo infermieristico. La scelta delle colleghe di inserire nello stesso testo anche l'uso dei casi clinici rafforza ulteriormente lo sviluppo del pensiero critico, al fine di acquisire capacità di ragionamento diagnostico e pianificazione assistenziale.

I formatori dell'infermieristica con questo testo hanno in mano un valido strumento, utile allo studente per collegare nuove e vecchie conoscenze, schematizzare e rendere espliciti i significati raccolti durante l'accertamento, mettere a fuoco le idee chiave, pianificare le operazioni da compiere e sintetizzare ciò che hanno appreso. Allo stesso tempo è un efficace strumento didattico per il formatore, in quanto lo studio di un caso esposto graficamente con l'idea della mappa concettuale favorisce la discussione, oltre a permettere di valutare quali-quantitativamente le conoscenze pregresse dello studente e come queste si pongano alla base della costruzione della sua forma mentis.

Anne Destrebecq
Professore Associato Scienze Infermieristiche
Presidente Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano
Direttore didattico Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, Sezione S. Paolo-Polo Universitario, ASST Santi Paolo e Carlo

Maura Lusignani
Professore Associato Scienze Infermieristiche
Presidente Corso di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano
Direttore didattico Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, Sezione IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Indice

PARTE I **Migliorare l'assistenza**

Capitolo 1 Introduzione alle mappe concettuali per l'assistenza infermieristica 1
Capitolo 2 Valutazione iniziale e accertamento 11
Capitolo 3 Comunicazione 17
Capitolo 4 Collaborazione 25
Capitolo 5 Pensiero critico 31

PARTE II **Casi studio**

Caso studio 1 Elena H. 39
Caso studio 2 Jamaal S. 45
Caso studio 3 Rachele W. 51
Caso studio 4 Vittoria L. 57
Caso studio 5 Giorgio C. 63
Caso studio 6 Daniela H. 69
Caso studio 7 Tommaso M. 75
Caso studio 8 Beatrice K. 81
Caso studio 9 Vera R. 87
Caso studio 10 Cinzia J. 93
Caso studio 11 Eleonora W. 99
Caso studio 12 Giovanni R. 105
Caso studio 13 Manuel R. 111
Caso studio 14 Iacopo W. 117
Caso studio 15 Nicoletta K. 123
Caso studio 16 Michele M. 129
Caso studio 17 Rolando B. 135
Caso studio 18 Giacomo R. 141
Caso studio 19 Domenico B. 147
Caso studio 20 Caterina A. 153
Caso studio 21 Angela C. 159
Caso studio 22 Carolina W. 165
Caso studio 23 Marco S. 171
Caso studio 24 Sara L. 177
Caso studio 25 Bruno W. 183
Caso studio 26 Carlo N. 189
Caso studio 27 Edoardo M. 195
Caso studio 28 Teresa C. 201
Caso studio 29 Erica P. 207
Caso studio 30 Carmelo V. 213

Appendice A Codici, titoli e definizioni delle diagnosi infermieristiche NANDA-I (edizione 2015-2017) 219
Appendice B Mappe concettuali per l'assistenza (MCA) Checklist di verifica 227
Appendice C Abbreviazioni 229

CAPITOLO 1

Introduzione alle mappe concettuali per l'assistenza infermieristica

Obiettivi di apprendimento

La comprensione del contenuto di questo capitolo darà agli studenti la possibilità di:

1.1 Descrivere come utilizzare le mappe concettuali per l'assistenza al fine di organizzare e sintetizzare i dati dell'assistito.

1.2 Sviluppare un piano di assistenza infermieristica centrato sulla persona utilizzando il processo di assistenza infermieristica con le mappe concettuali per l'assistenza.

La chiave per fornire un'assistenza sicura, personalizzata e centrata sull'assistito risiede nella capacità dell'infermiere di identificare i problemi o le preoccupazioni delle persone, assegnando una priorità, e di attuare interventi basati su evidenze che siano accettabili per la persona o il caregiver. L'assistenza infermieristica richiede un alto livello di pensiero critico e un giudizio clinico per garantire alla persona una migliore qualità della vita ed evitare un danno oppure la morte. Il processo decisionale clinico può implicare l'azione di un singolo infermiere o di un'équipe di professionisti della salute. In ogni situazione, l'infermiere deve essere in grado di comprendere la complessità assistenziale della persona e rispondere rapidamente con interventi appropriati.

Le mappe concettuali per l'assistenza (MCA) combinano due strategie educative: la mappa concettuale e il processo di assistenza infermieristica. Le MCA simulano il ragionamento dell'infermiere, guidano l'assistenza alla persona e forniscono uno strumento per la valutazione. L'utilizzo delle MCA aumenta la capacità dello studente di essere accurato nel raccogliere, analizzare e sintetizzare i dati dell'assistito. Le MCA supportano sia gli studenti sia gli infermieri nell'esercitare il massimo livello di professionalità. Sia che si utilizzino le MCA nei casi studio o nella pratica clinica, queste aiutano l'organizzazione, la pianificazione e l'attuazione sicura, basata sulle evidenze, dell'assistenza centrata sulla persona.

Raccolta e sintesi dei dati – Obiettivo 1.1

La raccolta dei dati richiede spesso l'acquisizione di informazioni dalla cartella clinica e dai componenti dell'équipe assistenziale, dall'intervista alla persona, ai componenti della famiglia o agli amici, nonché di completare la valutazione iniziale con un esame fisico completo e mirato. Tutti questi dati sono organizzati nella prima delle due sezioni principali della MCA, suddivisa a sua volta in sette sottosezioni. La figura 1.1 mostra l'organizzazione e la sintesi delle sezioni della MCA. Si noti che ogni sottosezione fornisce lo spazio per documentare le informazioni sugli assistiti e guida il processo di raccolta e organizzazione dei dati.

ISBN 978-88-08-58005-4

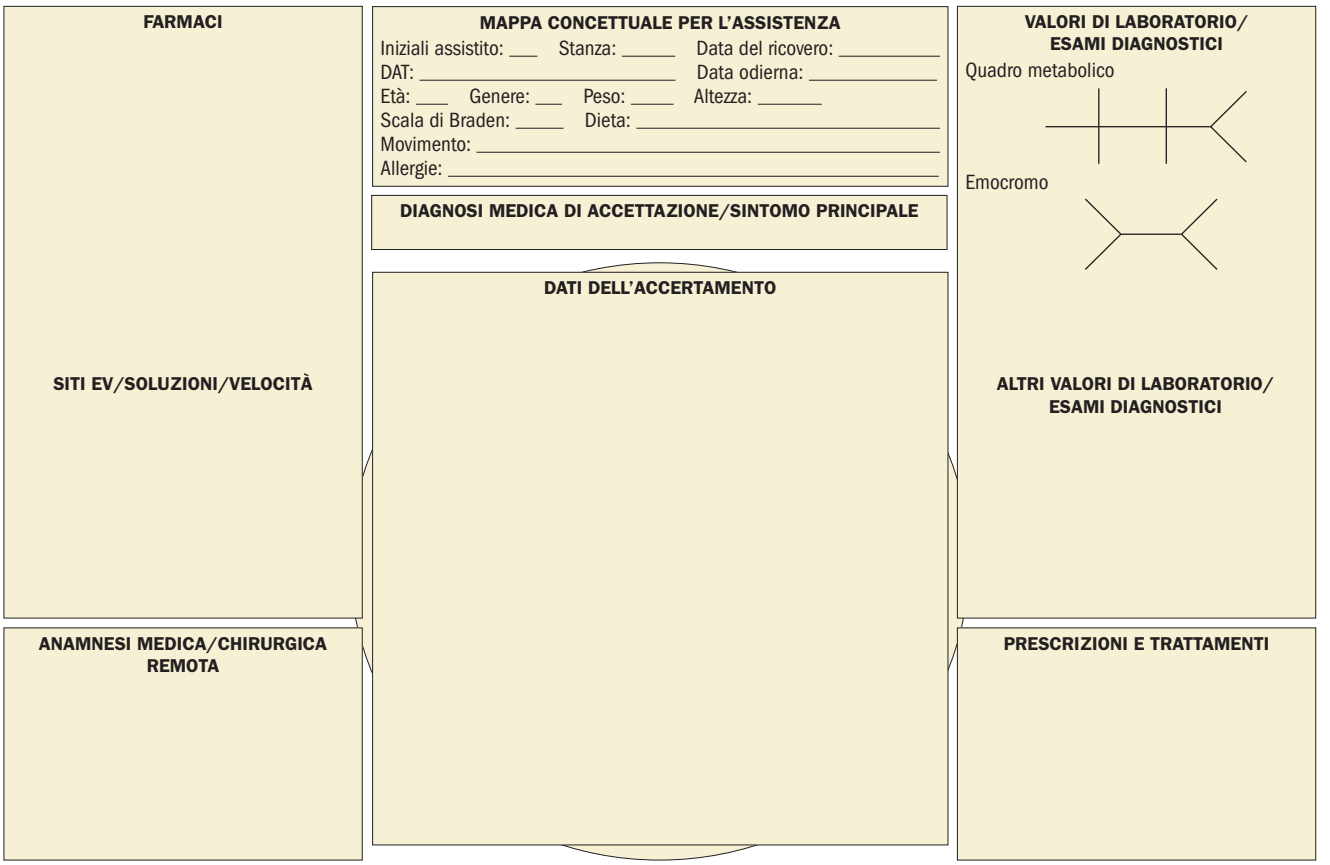

FIGURA 1.1 La sezione della raccolta dati della MCA fornisce lo schema per documentare le informazioni della persona che devono essere analizzate e sintetizzate prima della pianificazione assistenziale.

Dati demografici e antropometrici

La raccolta delle informazioni comincia identificando le informazioni di base[1] della persona, che includono l'età, il genere, la data di ricovero. Queste informazioni possono essere ottenute consultando il fascicolo sanitario elettronico[2] e verificate con l'assistito o con il caregiver.

La sottosezione centrale superiore del settore della raccolta dati fornisce lo spazio per la registrazione di queste informazioni. Inoltre, la sottosezione contiene i dati antropometrici, quali altezza e peso, e alcune indicazioni, come per esempio le disposizioni anticipate di trattamento[3], la dieta e il movimento. Si noti che l'elenco delle allergie e il punteggio della scala di Braden richiederanno l'interazione e l'accertamento da parte dell'infermiere prima che siano documentati. Nella figura 1.2 è riportato un esempio di dati demografici e antropometrici completi nella MCA. Si ricorda che alcune di queste informazioni cambieranno durante l'ospedalizzazione, o persino in poche ore, a seconda delle condizioni cliniche. Quindi, è necessario essere preparati ad analizzare i cambiamenti e come questi influenzino l'assistenza.

1. In molti paesi, tra cui gli Stati Uniti, tra i dati di base compare anche la religione. In Italia, il garante per la protezione dei dati personali, con il provvedimento n. 515 del 12.11.2014, precisa che i dati idonei a rivelare le convinzioni religiose sono dati sensibili e non possono essere raccolti in maniera sistematica e preventiva, bensì solo su richiesta dell'interessato (l'assistito) e trasmesse in maniera verbale al personale di assistenza solo nel caso in cui tali informazioni siano finalizzate a garantire ai ricoverati l'assistenza religiosa e spirituale tramite i ministri del culto delle diverse confessioni.
2. In Italia, il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente. Per attivare il proprio fascicolo bisogna verificare le modalità adottate dalle singole regioni/province autonome. La normativa di riferimento è rintracciabile sul sito dell'agenzia per l'Italia digitale: https://www.fascicolosanitario.gov.it. (*N.d.C.*)
3. Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) sono l'espressione di volontà da parte di ogni persona in previsione di una futura incapacità di autodeterminarsi in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. In Italia le DAT sono disciplinate dalla legge n. 219 del 22.12.2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".
   Negli Stati Uniti e in altri paesi esiste un preciso codice di stato per tali disposizioni. Per esempio: FULL – *full advanced cardiac life support* (ACLS) – significa che si acconsente a tutti gli interventi di rianimazione; DNR – *do not resuscitate* – significa che si rifiuta la rianimazione cardiopolmonare (RCP); DNI – *do not intubate* – significa che si rifiuta l'intubazione oro/nasotracheale per il collegamento al respiratore artificiale. Ci sono altre sigle che indicano la volontà di acconsentire o meno ad alcuni interventi (per esempio, si acconsente ai farmaci ma non all'intubazione). (*N.d.C.*)

ISBN 978-88-08-58005-4

PRESCRIZIONI E TRATTAMENTI

Bilancio idrico a ogni cambio turno
Rilevazione quotidiana del peso
Restrizione dei liquidi 1800 mL/die
Dieta con 2000 mg di sodio (iposodica)
O_2 terapia a 2 L/min con cannule nasali
PV ogni 4 ore
Dispositivo di compressione sequenziale quando a letto
Assistenza per alzarsi dal letto
Prevenzione delle cadute
Esercizi di tosse e respirazione profonda ogni 2 ore durante la giornata
Spirometria incentivante ogni ora durante la giornata
Riabilitazione cardiaca 3 volte alla settimana dopo la dimissione
Consulto dietista

FIGURA 1.10 Le prescrizioni e i trattamenti che richiedono l'intervento di vari componenti dell'équipe sanitaria sono elencati come indicazioni per l'assistenza alla persona.

colore. Mettere in evidenza le connessioni dei dati dimostra la comprensione del razionale per le prescrizioni farmacologiche e i trattamenti, e facilita lo sviluppo di un piano assistenziale centrato sulla persona.

Sviluppo di un piano di assistenza infermieristica personalizzato – Obiettivo 1.2

Le prime sette sottosezioni della MCA contengono informazioni raccolte durante la fase di valutazione iniziale globale e accertamento del processo di assistenza infermieristica. La seconda grande sezione della MCA continua con l'individuazione dei problemi, dei potenziali problemi o delle risposte a un problema o una preoccupazione della persona assistita, che rappresenta la fase di analisi e identificazione delle diagnosi infermieristiche del processo di assistenza infermieristica (fig. 1.12). Quando i dati sono evidenziati, costituiscono un gruppo di informazioni a supporto delle diagnosi infermieristiche o dei problemi della persona, da cui emergono la pianificazione e la definizione degli obiettivi, sono formulati gli interventi e viene fatta la valutazione dei risultati raggiunti.

Identificazione delle diagnosi infermieristiche o dei problemi

La diagnosi infermieristica è la seconda fase del processo di assistenza. La formulazione delle diagnosi infermieristiche segue alla raccolta dei dati e implica l'analisi e il raggruppamento dei collegamenti delle informazioni raccolte. Se i collegamenti delle informazioni sull'assistito sono stati appropriatamente sottolineati, ogni gruppo di dati diventa un'evidenza che convalida una diagnosi infermieristica o un problema.

Le MCA sostengono l'uso della terminologia ufficiale delle diagnosi infermieristiche; tuttavia, se un'istituzione non utilizza le diagnosi NANDA-I o quelle dell'International Classification for Nursing Practice (ICNP), in questa sezione della MCA possono essere registrati i problemi dell'assistito. Indipendentemente dal fatto che venga registrata la diagnosi infermieristica o il problema, questa è seguita da una breve dichiarazione che indica la sua eziologia fisiologica o psicosociale (correlata a causa) e/o da un gruppo o lista di informazioni associate prese direttamente dai dati raccolti durante l'accertamento. L'elenco di informazioni serve per verificare la presenza del problema dell'assistito o del problema potenziale. La diagnosi infermieristica o il problema potenziale sono evidenziati con lo stesso colore utilizzato per il gruppo di dati che lo supportano e che sono registrati nella prima sezione della MCA. La figura 1.13 mostra due metodi differenti per completare la fase di identificazione della diagnosi infermieristica o del problema, nel processo di assistenza infermieristica, all'interno della MCA.

Una volta identificate le diagnosi infermieristiche o i problemi, la fase di pianificazione del processo di assistenza infermieristica inizia con l'assegnazione di un ordine di priorità alle diagnosi infermieristiche o ai problemi individuati e scrivendo i relativi risultati di salute attesi.

Pianificazione

La fase di pianificazione del processo di assistenza infermieristica inizia dando un ordine di priorità ai problemi della persona assistita in base all'urgenza con cui ciascun bisogno deve essere affrontato.

La diagnosi infermieristica, o problema, prioritaria è posta nella prima colonna della sezione della pianificazione della MCA, seguita dalle successive diagnosi infermieristiche o problemi. La priorità può essere determinata utilizzando varie risorse, compresi la gerarchia dei bisogni di Maslow o l'ABC (*airway*, *breathing*, *circulation* – vie aeree, respirazione, circolazione) del BLS (*basic life support* – supporto vitale di base), in relazione allo specifico contesto di assistenza. Per ogni diagnosi infermieristica o problema sono formulati, in collaborazione con l'assistito e/o la sua famiglia e con gli altri professionisti della salute, gli obiettivi a breve e lungo termine e gli indicatori di risultato. Gli obiettivi devono essere focalizzati sull'assistito, realistici e misurabili.

Se all'interno di un'istituzione si utilizza la tassonomia NOC (*Nursing Outcomes Classification*), l'indicatore di risultato deve essere annotato vicino al risultato. Dopo la

ISBN 978-88-08-58005-4

CASO STUDIO 1

Elena H.

Scenario

Elena, una donna di 84 anni, è stata da poco ricoverata in ospedale con diagnosi di sospetta polmonite. Recentemente è rimasta vedova e vive da sola. Questa è la prima volta che viene ricoverata in ospedale da quando ha partorito il suo ultimo figlio. Gioca a tennis 3 volte alla settimana ed è in eccellenti condizioni fisiche. Tutti e tre i suoi figli vivono fuori città, ma si sentono diverse volte durante la settimana, telefonicamente e via mail.

Valutazione iniziale/Accertamento iniziale

Ore 11:10 – Parametri vitali: TC 39,5 °C, PA 102/58 mmHg, FC polso radiale 88 bpm ritmico, FR 36 apm, dispnoica. Saturazione O_2 88% in AA. Riferisce dolore 2/10 su scala NRS quando dà "dei colpi di tosse"; altrimenti il dolore è 0/10. Vigile e orientata (persone, luogo, tempo, situazione). PERLA.

All'auscultazione dei suoni polmonari si rilevano crepitii, tosse non produttiva. Polso apicale 88 bpm ritmico; l'addome risulta trattabile, con presenza di peristalsi in tutti i quadranti. Assenza di edemi declivi. Polsi pedidi 2+ bilateralmente.

Prescrizioni alla presa in cura

Al ricovero nel reparto di medicina: rilevazione dei parametri vitali ogni 4 ore, compresa la saturazione O_2. Mediante cannule nasali somministrare e dosare l'ossigeno dai 2 ai 4 L/min, in modo da mantenere una saturazione $O_2 > 90\%$.

Raccogliere un campione di escreato, eseguire i prelievi per gli esami ematici: emocromo completo (globuli bianchi, emoglobina, piastrine) e quadro metabolico di base (sodio, cloro, azotemia, potassio, bicarbonato, creatinina, glicemia). Richiesta radiografia del torace; chiudere il CVP (*locking*) con soluzione fisiologica, monitorare il bilancio idrico; dieta libera; nessuna restrizione di movimento.

1. Identificare almeno quattro cause potenziali di polmonite.

ISBN 978-88-08-58005-4.

2. Elencare un minimo di sette fattori di rischio che aumentano la predisposizione alla polmonite. Evidenziare o cerchiare quelli presenti nell'assistita.

3. Identificare i fattori che indicavano la necessità di ricoverare Elena in ospedale.

4. Scrivere almeno otto domande da sottoporre a Elena che aiutino a determinare la causa del ricovero per sospetta polmonite.

5. Quali esami diagnostici e di laboratorio dimostrerebbero che Elena ha la polmonite? Spiegare come i risultati degli esami effettuati porteranno alla diagnosi di polmonite.

6. Quali sono i tre interventi infermieristici ad alta priorità? Motivare la scelta degli interventi.

ISBN 978-88-08-58005-4.

7. Su che cosa si concentrerà l'accertamento mirato?

8. Quali classi di farmaci si suppone verranno prescritti all'assistita dopo la diagnosi di polmonite batterica? Fornire una breve motivazione sull'utilizzo di ciascuno.

9. Quale delle seguenti tre diagnosi infermieristiche è prioritaria in questo momento per Elena? Evidenziare o cerchiare la risposta e fornire un razionale.

- *Dolore acuto* (00132)
- *Scambi gassosi compromessi* (00030)
- *Rischio di cadute* (00155)

VALUTAZIONE CONTINUA/ACCERTAMENTO CONTINUO

Il giorno seguente alle ore 07:50 la temperatura di Elena è scesa a 38,5 °C e la saturazione O_2 è rimasta 92% in ossigenoterapia a 2 L/min. Purtroppo appare sempre più dispnoica; all'auscultazione del torace si rileva diminuzione dei crepitii e presenza di sibili espiratori bilateralmente. Elena tossisce più spesso e ha difficoltà a espellere l'escreato, denso e giallastro.

10. Quali ulteriori prescrizioni si suppone verranno attuate oggi per Elena?

ISBN 978-88-08-58005-4.

Barbara L. Yoost · Lynne R. Crawford

Mappe concettuali per l'assistenza infermieristica

CASI CLINICI PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE, LA COLLABORAZIONE E L'ASSISTENZA

Imparare a definire le priorità nell'assistenza in modo rapido ed efficace

Grazie a una struttura che contiene due libri in uno, questo testo guida il lettore alla scoperta dei principali aspetti dell'assistenza alla persona e del pensiero critico. La prima parte presenta 5 capitoli teorici dedicati ai tre temi indicati nel sottotitolo: la comunicazione, la collaborazione con il team di assistenza interdisciplinare e l'assistenza. La seconda parte è invece costituita da 30 casi studio che progrediscono dalle condizioni cliniche semplici a quelle più complesse, sfidando il lettore a definire le priorità del proprio approccio all'assistenza.

Caratteristiche principali

- **Mappe concettuali per l'assistenza infermieristica** permette di organizzare l'assistenza utilizzando un modello strutturato di registrazione delle informazioni cliniche.
- **30 casi studio** si concentrano su persone assistite con problemi che è probabile incontrare in ambito clinico, insegnando al lettore a pensare in modo critico.
- Le **soluzioni dei casi studio** sono disponibili sul sito www.testtube.it/scienzeinfermieristiche assieme alle mappe concettuali complete relative a ciascun caso.
- **La formazione e la collaborazione multiprofessionali** costituiscono elementi chiave di ciascun caso, aiutando il lettore a capire come lavorare nell'ambito di un grande team di assistenza interdisciplinare.

testtube scienze infermieristiche

MATERIALI ONLINE

Sul sito

www.testtube.it/scienzeinfermieristiche

nella sezione dedicata a questo libro sono disponibili **le risposte e le mappe risolutive complete per la metà dei casi studio presentati nel testo**.

Maggiori informazioni in seconda di copertina.

Traduzione autorizzata dell'edizione originale in lingua inglese, **Conceptual Care Mapping, 1st edition**, pubblicata da Elsevier

ELSEVIER

YOOST*MAPPE CONCETT ASSISTENZA (CEA M

ISBN 978-88-08-58005-4

9 788808 580054

Al Pubblico € 33,50•••
P. Cop. € 32,21