



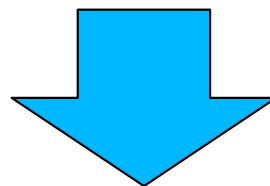
ASU San Giovanni Battista Torino
S.C. Cardiologia 2

Il processo infermieristico espresso con un linguaggio comune: sviluppo delle competenze professionali attraverso la capacità di formulare diagnosi infermieristiche per l'assistenza al paziente cardiologico

Cristina Cunsolo

L'attuale legislazione (Profilo Professionale dell'Infermiere DM 239/94) impone una metodologia di **lavoro per obiettivi** e riconosce all'infermiere la **piena responsabilità e autonomia** nella gestione dei problemi assistenziali e della corretta esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche

Intraprendere la strada per superare gli attuali schemi che vedono ancorata la professione al lavoro "per compiti"



LAVORO PER OBIETTIVI



PERCHÉ È IMPORTANTE PIANIFICARE?

- Perché è una fase del processo di nursing
- E' il metodo utilizzato nello svolgimento dell'attività professionale
- E' stabilito dal Profilo Professionale

E' legato alla necessità di definire gli interventi assistenziali da fornire ai bisogni di assistenza specifici di ogni paziente.

Consente l'integrazione degli interventi assistenziali nel tempo (tra più turni) e fra più professionisti.

PERCHE' PIANIFICARE L'ASSISTENZA?

perché tutti i professionisti progettano, pianificano e valutano il loro intervento.

A questo motivo concettuale se ne possono aggiungere altri che derivano dalla letteratura:

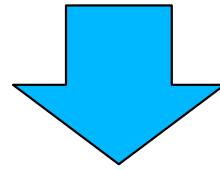
- Solo un documento scritto può avere valore legale
- Può aiutare a stabilire gli standard assistenziali relativi ad una determinata situazione
- La stesura consente di determinare i carichi di lavoro, i livelli di fabbisogno personale
- Convalidare l'adeguatezza dell'assistenza fornita

Senza una buona pianificazione verificabile in qualunque momento non può esistere una buona Valutazione

I piani assistenziali vengono attuati dagli infermieri nella routine in maniera implicita ma non vengono codificati nella cartella infermieristica

COSA PIANIFICARE?

Si pianificano gli interventi volti alla risoluzione dei problemi della persona assistita, rispetto ai suoi bisogni di salute, come ad esempio lo svolgimento delle attività di vita. Inoltre, si pianifica, anche la prevenzione dei problemi potenziali



QUALI SONO GLI ELEMENTI CHE COMPONGONO LA PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA?

La pianificazione è composta da:

- L' identificazione della diagnosi infermieristica
- Formulazione dell'obiettivo
- Interventi infermieristici volti a risolvere il problema
- Valutazione

.

QUANDO PIANIFICARE?

Al termine dell'accertamento infermieristico quando l'infermiere ha a disposizione tutte le informazioni necessarie per l'identificazione dei problemi.

Per tutta la durata della degenza, la pianificazione deve essere sempre aggiornata e può subire modificazioni in relazione alle condizioni cliniche.

La pianificazione è una fase del processo di nursing che tiene conto delle osservazioni e variazioni quotidiane del persona assistita.

La pianificazione deve essere realizzata in accordo con il paziente

COSA È UNA DIAGNOSI INFERMIERISTICA?

“La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali.

La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere è responsabile” (NANDA, 1990).

- E' la dichiarazione di un problema della persona assistita, reale o potenziale, correlato alle motivazioni che lo sostengono
- È centrata precisamente sulla persona
- E' un'espressione scritta con un linguaggio conciso e chiaro
- È formulata sull'insieme dei dati raccolti ed è la base per gli interventi autonomi infermieristici
- È una tappa fondamentale per sviluppare ulteriormente il processo di assistenza infermieristica

LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NON SONO:

- Diagnosi mediche (es: IMA)
- Stati patologici (es: Ridotta ossigenazione cerebrale)
- Trattamenti o strumenti
- Indagini diagnostiche
- Situazioni
- Segni
- Obiettivi (provvederà da solo alla cura di sé)





QUALE È LA DIFFERENZA TRA DIAGNOSI REALE E POTENZIALE?

La diagnosi infermieristica di rischio consiste nel “*giudizio clinico secondo la quale una persona, una famiglia o una comunità è più vulnerabile nei confronti di un certo problema di altre in condizioni uguali o simili*” (NANDA).

Il **problema reale** appare direttamente ai sensi dell'infermiere, gli indizi sono chiari e presenti nella situazione.

Il **problema potenziale** è prevedibile solo grazie alle conoscenze ed alle esperienze accumulate dall'infermiere... (se accade questo....poi ci sarà il problema).

Si formulano diagnosi infermieristiche anche in relazione alla prevenzione delle complicanze.



COSA È UN OBIETTIVO? E COME PUÒ ESSERE ESPRESSO?

L'obiettivo descrive la meta da raggiungere per dichiarare risolto il problema.

Non deve essere espresso in termini di “azioni infermieristiche” e neppure in maniera vaga, ma in termini di risultati previsti per persona: ci deve essere una descrizione dei comportamenti che la persona dovrà compiere o dei risultati che dovrà raggiungere.

L'obiettivo può essere a breve/medio/lungo termine.

Gli obiettivi per essere validi devono possedere alcune caratteristiche:

pertinenti, logici, precisi, realizzabili, osservabili, misurabili ed accettabili.



ESEMPI DI Diagnosi infermieristiche vs paziente cardiologico: IMA

PROBLEMI COLLABORATIVI:

Aritmie

Shock cardiogeno

Scompenso cardiaco

Tamponamento/rottura di cuore

INTERVENTI:

Monitorare per rilevare segni e sintomi di: aritmie /shock cardiogeno /diminuita gittata cardiaca

QUINDI: Monitor/ ECG/ Diuresi/ PAO/Edemi / Cute/
Dolore.....

INTERVENTI CORRELATI SU PRESCRIZIONE MEDICA:

Farmaci per OS / Terapia endovenosa / (Accesso Venoso)

Esami di laboratorio

Indagini diagnostiche

Monitoraggio emodinamico invasivo (PVC..)

Terapie interventistiche d'urgenza

DIAGNOSI INFERMIERISTICA:

Ansia/Paura (della persona e della famiglia) correlata a situazione sconosciuta di natura non prevedibile della condizione, paura della morte.

Criteri per l'accertamento mirato:

Livello di ansia – risposte di coping (Negazione/ collera/ Depressione / sensi di colpa)

OBIETTIVO: riduzione dello stato d'ansia

INTERVENTI:

Aiutare il paziente a ridurre l'ansia (rassicurazione, empatia, incoraggiamento)

Incoraggiare la famiglia a esprimere preoccupazioni

Valutare lo stato di ansia e avvertire il medico se grave, sedare solo se necessario



DIAGNOSI INFERMIERISTICA:

Intolleranza all'attività di vita quotidiana secondaria a ischemia cardiaca, immobilità prolungata, farmaci

OBIETTIVO:

Aumentare le attività di cura da una parziale a una completa cura di sé

INTERVENTI:

- Aumentare gradualmente l'attività fisica del paziente
- Monitorare i Parametri Vitali prima /durante/dopo attività
- Accertare la presenza di risposte anormali (Tachicardia, Modificazione ritmo, PAO, FR, confusione
- Pianificare, identificare e riconoscere i progressi del paziente
- Insegnare al paziente a riconoscere le proprie risposte fisiologiche

ESEMPI DI PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE basata su DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Paziente portatore di catetere venoso centrale (CVC):

DIAGNOSI:

Potenziale rischio di complicanze infettive da CVC

OBIETTIVI:

minimizzare il rischio relativo all'infezione del CVC

INTERVENTI:

Ispezione

Medicazione

Sorveglianza

Documentazione

Paziente presenta dolore lombare post PTCA.

DIAGNOSI : dolore dovuto posizione obbligata post procedura
localizzato in sede lombare

OBIETTIVI:

Controllo del dolore / assenza dolore

INTERVENTI: monitoraggio del dolore: sede, intensità, tipo e durata.
somministrare farmaci prescritti e verificare l'esito.
assicurare comfort.



Il paziente incontinente alle urine e alle feci, portatore di pannolone e Catetere Vescicale (CV)

DIAGNOSI :

Alterazione dell'eliminazione urinaria dovuta a incontinenza

Alterazione dell'eliminazione intestinale dovuta a incontinenza

OBIETTIVI

che il paziente abbia la pelle asciutta e pulita

che il paziente non presenti complicanze infettive

INTERVENTI

Ispezione e cura della cute

Cure igieniche al bisogno

Valutazione dolore in sede CV

Il paziente presenta un'agitazione psicomotoria ed è portatore di catetere vescicale e catetere venoso centrale

DIAGNOSI:

Potenziale rischio di cadute (a rischio elevato)

Potenziale rischio di autorimozione dei dispositivi

OBIETTIVI:

minimizzare il rischio di caduta

che il paziente non si rimuova i dispositivi cv e cvc

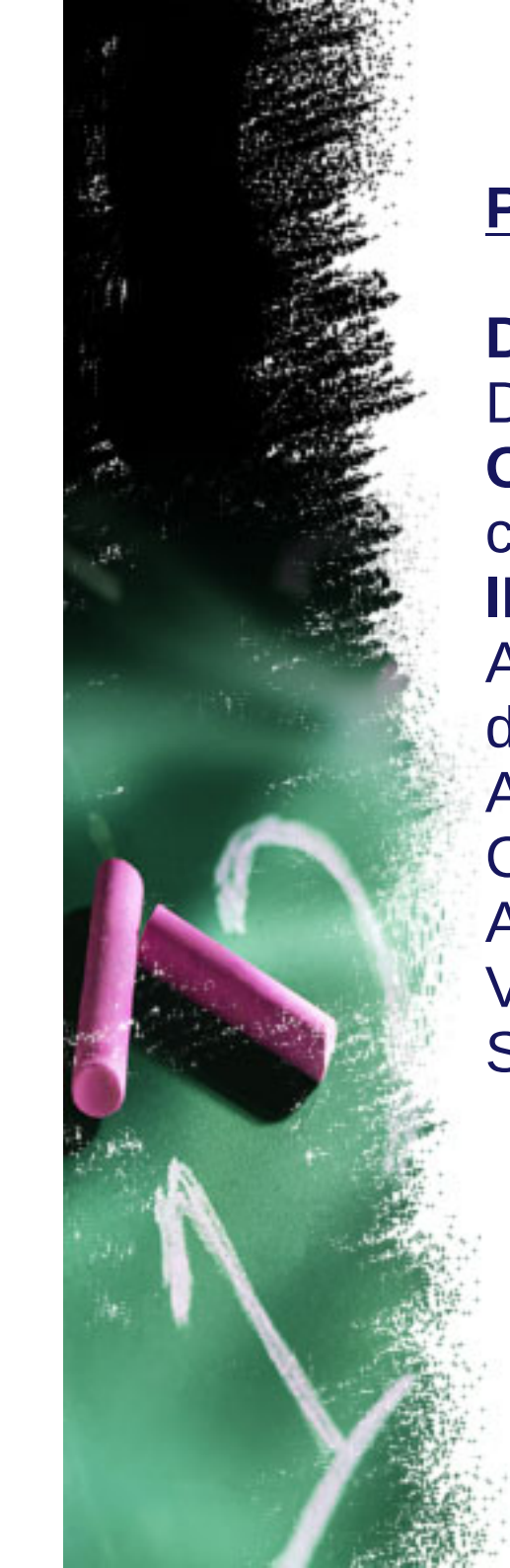
INTERVENTI:

Sorveglianza

Favorire la presenza dei familiari

Uso di dispositivi di contenzione autorizzati

Sedazione solo se necessaria



PZ all'accertamento infermieristico riferisce insonnia.

DIAGNOSI

Difficoltà a riposare dovuto a **insonnia**

OBIETTIVI

che il paziente riesca a riposare almeno 5 ore

INTERVENTI

Assicurare un ambiente tranquillo e ridurre/eliminare le fonti di disturbo

Assicurare l'igiene e comfort della persona

Coinvolgere i familiari

Attuare una relazione di sostegno

Verificare il rispetto del ritmo circadiano

Somministrare la terapia e verificare l'esito

NECESSARIO E FONDAMENTALE UTILIZZO DI UNO STRUMENTO:

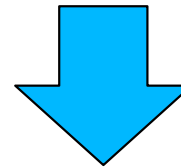
LA CARTELLA INFERMIERISTICA

Deve essere strutturata in modo da consentire la pianificazione infermieristica e non per narrare ciò che è avvenuto durante il turno

Deve essere specifica per ogni contesto

Deve essere funzionale alle esigenze del paziente

NON ESISTE UNA CARTELLA INFERMIERISTICA UNICA E FUNZIONALE A TUTTE LE REALTA' LAVORATIVE



Progettazione e stesura di una cartella infermieristica della cardiologia basata sulla pianificazione con l'utilizzo di diagnosi infermieristiche