

Comprende versione
ebook



A. Berman • S. Snyder

Nursing clinico

Tecniche e procedure di Kozier

III edizione

Edizione italiana
a cura di

Rosaria **Alvaro**

Tommaso **Brancato**

Aldo **Faia**

Ercole **Vellone**



NURSING CLINICO

Tecniche e procedure

di Kozier

TERZA EDIZIONE

Audrey Berman, PhD, RN
Professor, Dean of Nursing
Samuel Merritt University
Oakland, California

Shirlee J. Snyder, EdD, RN
Former Dean and Professor, Nursing
Nevada State College
Henderson, Nevada

Edizione italiana a cura di
Rosaria Alvaro
Tommaso Brancato
Aldo Faia
Ercole Vellone



Titolo originale:

Audrey Berman, Shirlee J. Snyder

SKILLS IN CLINICAL NURSING

Copyright © 2016, Pearson Education, Inc., VIII edition

NURSING CLINICO - Tecniche e procedure di Kozier – III edizione

Copyright © 2019 EdiSES s.r.l. – Napoli

9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
2024	2023	2022	2021	2020	2019				

Le cifre sulla destra indicano il numero e l'anno dell'ultima ristampa effettuata

*A norma di legge è vietata la riproduzione,
anche parziale, del presente volume o di
parte di esso con qualsiasi mezzo.*

L'Editore

Fotocomposizione:

Grafic&Design – Napoli

Stampato presso la:

Tipolitografia Sograte S.r.l.

Zona Ind. Regnano – Città di Castello (PG)

per conto della

EdiSES S.r.l. – Piazza Dante, 89 – Napoli

<http://www.edises.it> e-mail: **info@edises.it**

ISBN 978-88-3319-008-2

Prefazione

Le procedure perfezionate sintetizzano l'integrazione delle conoscenze, delle abilità psicomotorie, delle attitudini e delle capacità critiche necessarie per la pratica clinica nel ventunesimo secolo. Questa edizione di *Nursing clinico - Tecniche e procedure di Kozier* è stata rivisitata, riorganizzata e adattata per evidenziare i cambiamenti avvenuti nella pratica clinica rispetto alla precedente edizione. Essa include:

- Le 166 più importanti procedure eseguite dagli infermieri, incluse le più comuni variazioni, organizzate dalle più semplici alle più complesse. Tutte le procedure sono state rivisitate in base alla pratica clinica attuale.
- Più di 800 illustrazioni. *Nursing clinico - Tecniche e procedure di Kozier* è considerato uno dei più importanti libri di testo nei programmi di istruzione degli studenti di Infermieristica e un riferimento per gli infermieri praticanti. I contenuti sono stati selezionati sulla base dei suggerimenti dei revisori delle precedenti edizioni, delle indagini di mercato dell'editore e della vasta esperienza di insegnamento teorico e pratico degli autori.

FORMATO

Ogni capitolo contiene una breve introduzione delle procedure in relazione all'anatomia, alla fisiologia e alla fisiopatologia e offre una veduta d'insieme del razionale e degli obiettivi delle procedure. La presentazione di ciascuna procedura segue le fasi del processo di nursing:

- La **raccolta dei dati** necessari prima di eseguire una procedura.
- Durante la **diagnosi infermieristica**, la seconda fase del processo di nursing, l'infermiere utilizza tecniche di pensiero critico per interpretare i dati raccolti e individuare i punti di forza e di debolezza del paziente. Gli autori non hanno incluso in questo testo tale fase in quanto è stata focalizzata l'attenzione sulla procedura e non sono presentati dati specifici di ciascun paziente. L'applicazione della diagnosi infermieristica è presentata al termine di ogni unità, nell'applicazione delle procedure infermieristiche.

- La delega come componente della fase di **pianificazione assistenziale**, in cui si definisce in quali casi è possibile delegare la procedura al personale di supporto.
- I singoli passaggi della **procedura**, inclusi l'insegnamento al paziente, l'osservazione delle precauzioni standard per la prevenzione delle infezioni e la documentazione clinica del paziente.
- Considerazioni sulle **azioni di nursing** con particolare attenzione al controllo e alla comunicazione con gli altri membri del team di assistenza sanitaria.

NOVITÀ

- **Focus sulle competenze QSEN!** (Quality and Safety Education for Nurses, l'educazione alla qualità e alla sicurezza per gli infermieri). Questa edizione ha incorporato le competenze QSEN e le aspettative specifiche delle loro funzioni. Queste caratteristiche evidenziano le informazioni rilevanti nell'ambito della cura centrata sul paziente, del lavoro di squadra e della collaborazione e della sicurezza. Esse vengono esplicate in contenuti dedicati, quali:
 - Modelli culturali
 - Assistenza ambulatoriale e domiciliare
 - Avvertenze riguardanti la sicurezza
- **Immagini aggiornate!** Più di 150 nuove foto e disegni.
- **Novità!** Sezioni relative alla **pratica interprofessionale** inerenti specifiche abilità. Questi contenuti mostrano allo studente in che modo le varie figure professionali del team di assistenza sanitaria collaborano per raggiungere un obiettivo comune.
- Definizioni e linee guida attuali del CDC e dell'OMS.
- Obiettivi nazionali sulla sicurezza dei pazienti elaborati nel 2014 per le strutture ospedaliere e le lungodegenze.
- Linee guida 2013 del CMS per l'utilizzo di sistemi di contenzione.
- Aggiornamenti delle linee guida della Infusion Nurses Society.
- Protocolli infermieristici e riferimenti aggiornati.

Edizione italiana a cura di:

GIOVANNA ARTIOLI

Università degli Studi di Parma

ANNAMARIA BAGNASCO

Università degli Studi di Genova

STEFANIA BANDINI

Università degli Studi di Bologna

GIAMPIERA BULFONE

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

MARIA CRISTINA CANAVESE

Università degli Studi di Firenze

MARIA CARUSO

Università degli Studi di Messina

GIANLUCA CATANIA

Università degli Studi di Genova

CINZIA CERVONI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

NOEMI CITTADINI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

CHIARA CORNIA

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

GRAZIANO COSARO

Università degli Studi di Padova

CARMELA CUCCHI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

DANIELA D'ANGELO

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

RAFFAELE D'ANGELO

Università degli Studi di Salerno

GIUSEPPE D'ANNA

Università degli Studi di Palermo

CINZIA DAL FIUME

Università degli Studi di Bologna

GIROLAMO DE ANDREIS

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

EMANUELE DE SIMONE

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

SILVANA DI FLORIO

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

MARCO DI MUZIO

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

ANGELA DURANTE

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

ANTONELLA FERRACCI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

ANTONIA FIERRO

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

JACOPO FIORINI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

VINCENZO MAURO GIACONELLA

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

MARIA PIA GIAMMARINARO

Università degli Studi di Palermo

LOREANA MACALE

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

LETIZIA MALLIA

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

GABRIELLA MANTOVANI

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

GIANLUCA MARINO

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

CHIARA MASTROIANNI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

SABINA OLMI

Università degli Studi di Bologna

MARCO PATURZO

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

ANNALISA PENNINI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

DANIELE PICCOLELLI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

GIANLUCA PUCCIARELLI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

GENNARO SCIALÒ

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

ALESSANDRO SILI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

CHIARA TAFFURELLI

Università degli Studi di Parma

CONCETTA TASSIELLI

Università degli Studi di Bari

GIULIA VENTURINI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

FRANCESCO ZAGHINI

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

MILKO ZANINI

Università degli Studi di Genova

Revisione a cura di:

ROSARIA ALVARO, TOMMASO BRANCATO, ALDO FAIA, ERCOLE VELLONE

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

MATERIALE DI SUPPORTO PER I DOCENTI

I docenti che utilizzano il testo a scopo didattico possono scaricare dal sito www.edises.it, previa registrazione all'area docenti, le immagini del libro in formato PowerPoint.

Contenuti

Nursing clinico - Tecniche e procedure di Kozier continua a essere una risorsa fondamentale per le procedure infermieristiche più comunemente effettuate. In questa edizione il formato delle procedure agevola sia gli studenti che i professionisti infermieri nella consultazione.

Le procedure sono strutturate in un processo di nursing che riporta le istruzioni **passo per passo**.

I passaggi critici sono **rappresentati visivamente** con foto e illustrazioni a colori.

I **razionali** facili da individuare, danno spiegazioni più approfondite del perché vengono effettuati i passaggi più critici.

●●● PROCESSO DI NURSING: DISCONNETTERE LE INFUSIONI

Disconnettere le infusioni e i relativi dispositivi

RACCOLTA DATI
Verificare:
• Aspetto del sito di accesso venoso.
• Qualsiasi sanguinamento dal sito di infusione.

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE
Controllare la cartella clinico-infermieristica per valutare la prescrizione del medico. Verificare quando è stata eseguita l'infusione precedente, se ci sono state complicanze e come sono state gestite.

DELEGA
La rimozione di infusioni o dispositivi non è delegabile al personale di supporto. In ogni caso, l'infermiere deve assicurarsi che lo stesso conosca complicanze o reazioni avverse legate alla rimozione, che devono essere segnalati tempestivamente all'infermiere.

INTERVENTI
Procedura
1. Prima di eseguire la procedura, presentarsi e verificare l'identità del paziente secondo il protocollo della struttura. Spiegare al paziente che cosa si sta facendo, perché e come può collaborare. Spiegare i motivi della sospensione dell'infusione e che la procedura non dovrebbe causare disagio, se non quello associato alla rimozione del cerotto.
2. Lavare le mani e osservare le altre procedure per la prevenzione delle infezioni.
3. Far assumere al paziente una posizione comoda, seduta o sdraiata. Esporre la zona interessata preservando la privacy del paziente.
4. Preparare il materiale.
• Chiudere il deflussore d'infusione. **Razionale:** chiudendo il deflussore si previene la fuoriuscita di fluidi, che potrebbero finire sul paziente o sul letto.
• Indossare guanti monouso.
• Rimuovere medicazione, dispositivo di stabilizzazione e cerotto sul sito della puntura venosa mentre si tiene fermo l'ago e si applica una controtrazione della cute. **Razionale:** il movimento del catetere EV può danneggiare la vena e causare disagio al paziente. La controtrazione previene lo strappamento del catetere e il dolore.
• Avvolgere il deflussore. **Razionale:** avvolgere il deflussore sul sito EV. Toccare solo la parte di garza (alto) e mantenere la sterilità (basso) che è in contatto con il sito d'accesso.
• Indossare guanti sterili e mascherina.
• Opzionale: iniettare lidocaina al 2% per via sottocutanea nella zona del sito di inserzione dell'ago. **Razionale:** l'iniezione anestetizza l'area d'inserzione. Può essere prescritta nelle prime due settimane dopo l'impianto chirurgico quando la ferita è recente, tumefatta e maggiormente dolorante durante la puntura dell'ago. Possono essere impiegati anche altri anestetici per uso topico.
• Per ridurre il disagio della puntura dell'ago, può essere posizionato un impacco di ghiaccio per alcuni minuti sopra il sito.
5. Inserire l'ago Huber.
• Afferrare la base del dispositivo Port-a-cath tra due dita della mano non dominante per stabilizzarlo. Tali dispositivi possono essere lavati con soluzione fisiologica. Non si dovrebbe sentire dolore o evidenziare alcun segno di infiltrazione cutanea con il lavaggio.
6. Evitare la manipolazione o la rimozione dell'ago.
• Se l'ago rimane posizionato per un periodo di tempo maggiore per il prelievo di campioni di sangue o per lavare un ingresso non utilizzato, fissarlo alla cute.
• Sostenere l'ago di Huber con delle garze e applicare una medicazione occlusiva trasparente sul sito di inserzione. I dispositivi di alcuni produttori presentano un fermo di sicurezza per ridurre il rischio di punture accidentali da ago e un cuscinetto per il comfort del paziente che si inserisce tra la base dell'ago e la cute.
• Avvolgere e fissare il deflussore. **Razionale:** l'avvolgimento previene lo sviluppo di tensione sull'ago.
7. Collegare il deflussore dell'infusione o un tappo di accesso per infusioni ad intermittenza all'ago di Huber.
• L'ago di Huber può rimanere in situ per una settimana.
8. Dopo l'uso, eseguire un lavaggio finale con soluzione eparinata.
• Durante il lavaggio, mantenere sempre una pressione positiva e chiudere il morsetto del deflussore prima che il flusso termini. **Razionale:** queste azioni servono ad evitare il reflusso della soluzione eparinata.

Variazione: prelievo di un campione di sangue
Per ottenere un campione di sangue:
• Aspirare 10 mL di sangue (o una quantità indicata dal protocollo della struttura) e smaltirli. **Razionale:** questo campione può contenere soluzione fisiologica o eparinata usata per il lavaggio.
• Aspirare la quantità di sangue richiesta e metterla nelle provette.
• Instillare lentamente 10 mL di soluzione fisiologica, in base ai protocolli vigenti nella struttura. **Razionale:** in questo modo si assicura la pulizia completa del catetere dal sangue.
• Iniettare 5 mL di soluzione eparinata per preservare la pervietà del sistema.
9. Togliere e smaltire i guanti.
• Eseguire l'igiene delle mani.
10. Documentare tutte le informazioni utili.
• Registrare lo stato del sito d'inserzione, qualsiasi difficoltà nell'accedere al dispositivo o qualsiasi intervento effettuato, la presenza di secrezioni, le infusioni effettuate, i fastidi e le preoccupazioni del paziente. Valutare qualsiasi segno clinico di trombosi venosa (dolore al collo, al braccio e/o alle spalle sul

Materiale occorrente
• Guanti monouso
• Tamponi asciutti o imbevuti di antiseptico, in base al protocollo della struttura
• Piccola medicazione sterile e cerotto

In alcuni Paesi il personale di supporto può eseguire l'interruzione della terapia endovenosa. Controllare se tale procedura può essere applicata nella struttura di appartenenza.



1 Rimozione della medicazione da un catetere di una linea centrale.



2 Estrazione del catetere dalla vena. Non applicare alcuna pressione sulla garza sterile fino alla completa rimozione del catetere.

Gestire un dispositivo di accesso vascolare impiantato—continua

INTERVENTI
Preparazione
• Assemblare il materiale.
• Collegare il deflussore EV al contenitore per l'infusione o la trasfusione.
• Riempire il deflussore con la soluzione da infondere.
• Preparare ed etichettare le siringhe di soluzione fisiologica e di soluzione eparinata. Collegare la prima da utilizzare all'ago di Huber. La soluzione fisiologica seguita dalla soluzione eparinata viene impiegata per lavare il dispositivo prima e dopo la somministrazione dei farmaci o periodicamente se il dispositivo non è in uso (verificare i protocolli della struttura). **Razionale:** la soluzione eparinata aiuta a prevenire l'occlusione del catetere. È tuttavia presente il rischio di trombocitopenia indotta da eparina, per cui l'eparina non va usata senza una chiara regolamentazione.

Procedura
1. Prima di eseguire la procedura, presentarsi e verificare l'identità del paziente secondo il protocollo della struttura. Spiegare al paziente cosa si sta facendo, perché e come può collaborare.
2. Eseguire l'igiene delle mani e osservare altre procedure per la prevenzione delle infezioni.
3. Provvedere alla privacy del paziente.
• Far assumere al paziente una posizione comoda, seduta o sdraiata; scoprire il sito preservando la privacy del paziente.
4. Preparare il sito di inserzione.
• Individuare il dispositivo (Port-a-cath) e la membrana, ossia il disco al centro del Port-a-cath, dove verrà introdotto l'ago.
• Preparare la cute seguendo il protocollo della struttura e far asciugare la zona dopo aver applicato la soluzione disinfettante.
• Indossare guanti sterili e mascherina.
• Opzionale: iniettare lidocaina al 2% per via sottocutanea nella zona del sito di inserzione dell'ago. **Razionale:** l'iniezione anestetizza l'area d'inserzione. Può essere prescritta nelle prime due settimane dopo l'impianto chirurgico quando la ferita è recente, tumefatta e maggiormente dolorante durante la puntura dell'ago. Possono essere impiegati anche altri anestetici per uso topico.
• Per ridurre il disagio della puntura dell'ago, può essere posizionato un impacco di ghiaccio per alcuni minuti sopra il sito.
5. Inserire l'ago Huber.
• Afferrare la base del dispositivo Port-a-cath tra due dita della mano non dominante per stabilizzarlo. Tali dispositivi possono essere lavati con soluzione fisiologica. Non si dovrebbe sentire dolore o evidenziare alcun segno di infiltrazione cutanea con il lavaggio.
6. Evitare la manipolazione o la rimozione dell'ago.
• Se l'ago rimane posizionato per un periodo di tempo maggiore per il prelievo di campioni di sangue o per lavare un ingresso non utilizzato, fissarlo alla cute.
• Sostenere l'ago di Huber con delle garze e applicare una medicazione occlusiva trasparente sul sito di inserzione. I dispositivi di alcuni produttori presentano un fermo di sicurezza per ridurre il rischio di punture accidentali da ago e un cuscinetto per il comfort del paziente che si inserisce tra la base dell'ago e la cute.
• Avvolgere e fissare il deflussore. **Razionale:** l'avvolgimento previene lo sviluppo di tensione sull'ago.
7. Collegare il deflussore dell'infusione o un tappo di accesso per infusioni ad intermittenza all'ago di Huber.
• L'ago di Huber può rimanere in situ per una settimana.
8. Dopo l'uso, eseguire un lavaggio finale con soluzione eparinata.
• Durante il lavaggio, mantenere sempre una pressione positiva e chiudere il morsetto del deflussore prima che il flusso termini. **Razionale:** queste azioni servono ad evitare il reflusso della soluzione eparinata.

Variazione: prelievo di un campione di sangue
Per ottenere un campione di sangue:
• Aspirare 10 mL di sangue (o una quantità indicata dal protocollo della struttura) e smaltirli. **Razionale:** questo campione può contenere soluzione fisiologica o eparinata usata per il lavaggio.
• Aspirare la quantità di sangue richiesta e metterla nelle provette.
• Instillare lentamente 10 mL di soluzione fisiologica, in base ai protocolli vigenti nella struttura. **Razionale:** in questo modo si assicura la pulizia completa del catetere dal sangue.
• Iniettare 5 mL di soluzione eparinata per preservare la pervietà del sistema.
9. Togliere e smaltire i guanti.
• Eseguire l'igiene delle mani.
10. Documentare tutte le informazioni utili.
• Registrare lo stato del sito d'inserzione, qualsiasi difficoltà nell'accedere al dispositivo o qualsiasi intervento effettuato, la presenza di secrezioni, le infusioni effettuate, i fastidi e le preoccupazioni del paziente. Valutare qualsiasi segno clinico di trombosi venosa (dolore al collo, al braccio e/o alle spalle sul

Le **variazioni** presentano metodi alternativi di esecuzione di alcune procedure.

DELEGA

Vista la necessità di utilizzare una tecnica sterile e la complessità della procedura, l'utilizzo di dispositivi di infusione non è delegabile al personale di supporto. Il personale di supporto può assistere pazienti con tali dispositivi e l'infermiere deve assicurarsi che sappia effettuare operazioni standard come il cambio d'abiti quando un dispositivo è in funzione. Il personale di supporto dovrebbe inoltre conoscere quali sono le possibili complicanze e i segni, come gli allarmi, che devono essere riferiti all'infermiere.

NOVITÀ!
Pratica interprofessionale descrive le possibili interazioni tra i membri del team di assistenza.

PRATICA INTERPROFESSIONALE

I campi e le procedure sterili possono rientrare nelle funzioni professionali di molti operatori sanitari, che potrebbero eseguire tali procedure in maniera autonoma, con un infermiere o con altri operatori. Anche se avviene una comunicazione verbale della procedura ad altri membri del team sanitario, l'infermiere deve documentare, quanto di competenza, nella documentazione nella cartella clinico-infermieristica del paziente.

La **delega** indica in quali casi è possibile affidare l'esecuzione di determinate procedure al personale di supporto.

INFORMAZIONI CLINICHE AGGIUNTIVE!

Le competenze QSEN forniscono indicazioni su come mantenere la sicurezza e la qualità dell'assistenza infermieristica.

Modelli culturali

CURA CENTRATA SUL PAZIENTE

Modelli culturali si focalizzano su approcci e tecniche da utilizzare in rapporto al background culturale dei pazienti.

Etnofarmacologia

La risposta dei farmaci può essere modificata dall'etnia. Fino a qualche tempo fa, ricerche cliniche erano condotte su maschi caucasici anche quando la malattia che doveva essere studiata, colpiva prevalentemente altri gruppi etnici. Ricerche hanno dimostrato che non può esistere uno standard.

IMPLICAZIONE PER L'INTERVENTO DEGLI INFERMIERI

- Ricordare che possono esserci differenze nella risposta alle indicazioni tra diversi gruppi etnici.
- Evitare stereotipi.
- Chiedere al paziente riguardo le proprie credenze e valori sulle cure.
- Accettare le differenze nelle pratiche e nelle credenze delle altre culture.

- Condurre una valutazione culturale per ogni paziente.
- Imparare gli effetti dei farmaci (anche gli effetti avversi) correlati ai diversi gruppi etnici.
- Porre direttamente al paziente, domande specifiche per rilevare la presenza o l'assenza di potenziali effetti avversi dei farmaci.
- Controllare il paziente e documentare i risultati accuratamente, poiché potrebbe essere possibile mantenere gli stessi effetti terapeutici con un dosaggio minore del farmaco.
- Implementare un piano di trattamento con il paziente e la famiglia che corrisponda con le loro credenze culturali mentre si somministrano i necessari trattamenti moderni.
- Considerare il contesto culturale quando si pianifica l'educazione infermieristica al paziente e alla famiglia.

Assistenza ambulatoriale e domiciliare fornisce informazioni sulle capacità di esecuzione in diversi contesti assistenziali.

Assistenza ambulatoriale e domiciliare Somministrazione di farmaci per via orale

CURA CENTRATA SUL PAZIENTE

L'infermiere deve insegnare al paziente a:

- Imparare i nomi dei farmaci, le loro azioni e gli effetti collaterali e a portare sempre con sé un elenco completo di tutte le prescrizioni, i farmaci da banco e i rimedi casalinghi.
- Tenere i farmaci fuori dalla portata dei bambini e degli animali domestici.
- Se per somministrare un farmaco a un neonato si utilizza una siringa, rimuovere ed eliminare il cappuccio. I neonati e i bambini piccoli possono soffocare con questi oggetti.
- Assumere i farmaci solo come prescritto. Sapere quali farmaci devono essere assunti a stomaco vuoto e quali ai pasti. Consultare l'infermiere, il farmacista o il medico per qualsiasi problematica sul farmaco.
- Controllare sempre l'etichetta del farmaco per essere sicuri di assumere il farmaco corretto.
- Richiedere delle etichette dei farmaci con scritte più grandi se si hanno problemi di vista.
- Conoscere la data di scadenza ed eliminare i farmaci scaduti. In precedenza, la maggior parte delle persone smaltiva i vecchi medicinali gettandoli nel water. L'Environmental Protection Agency (EPA) non lo consiglia più. Informare i pazienti sulle norme vigenti nel Paese di appartenenza. Molte città hanno strutture per i rifiuti domestici pericolosi dove poter smaltire i farmaci scaduti. Tuttavia, seguendo le precauzioni elencate di seguito, i farmaci scaduti possono essere smaltiti nella spazzatura:

conservare il farmaco nel contenitore originale e segnare il nome della persona; aggiungere un prodotto non tossico, ma di cattivo gusto (per es., pepe di cayenna, senape) al contenitore per impedire a individui o animali di mangiarlo; porlo in un contenitore robusto sigillato con nastro e fare in modo che questo contenitore sia l'ultima cosa messa nel bidone della spazzatura.

- Chiedere al farmacista, se necessario, di sostituire i tappi di sicurezza con altri di più semplice impiego.
- Se non si sono assunte tutte le dosi previste, chiedere spiegazioni all'infermiere, al farmacista o al medico, ma non assumerle mai tutte insieme.
- Non frantumare o tagliare una compressa/capsula senza aver prima chiesto all'infermiere, al farmacista o al medico. Così facendo, si potrebbe compromettere l'assorbimento del medicinale.
- Non sospendere mai il farmaco senza aver consultato il medico.
- Domandare sempre al farmacista prima di assumere farmaci non prescritti. Alcuni prodotti da banco possono interagire con la terapia prescritta.

Inoltre, l'infermiere può preparare un piano farmacologico per aiutare i pazienti e i caregiver a ricordare lo schema di assunzione dei farmaci. Un contenitore di pillole settimanale (disponibile in farmacia) o una lista scritta possono risultare utili.

AVVERTENZA

SICUREZZA

2014 Obiettivi della Joint Commission sulla sicurezza dei pazienti (2013a)

OBIETTIVO 3: COMUNICARE ACCURATAMENTE AL PAZIENTE LE INFORMAZIONI RIGUARDO LE TERAPIE.

Razionale: è evidente che discrepanze nelle terapie possono modificare i risultati. Con la riconciliazione farmacologica si intende di identificare e risolvere le discrepanze – è un processo di comparazione delle terapie che il cliente sta assumendo (o dovrebbe assumere) con nuove prescrizioni mediche. La comparazione deve tener presente eventuali duplicazioni od omissioni delle terapie, la loro interazione e la necessità di continuare la terapia attuale.

Avvertenza per la sicurezza riporta gli obiettivi nazionali per la sicurezza dei pazienti e identifica altre informazioni cruciali sulla sicurezza.

MANIFESTAZIONI CLINICHE

Febbre

- Aumento della frequenza cardiaca (tachicardia)
- Aumento della frequenza e della profondità del respiro
- Brividi
- Cute pallida e fredda (durante la fase di insorgenza)
- Sensazione di freddo (durante la fase di insorgenza)
- Comparsa di "pelle d'oca" (durante la fase di insorgenza)
- Occhi vitrei
- Vampate, cute calda
- Sudorazione

Manifestazioni cliniche delineano i segni e i sintomi che gli infermieri incontreranno nella pratica clinica.

LINEE GUIDA OPERATIVE

Somministrazione di farmaci dermatologici

POLVERE

Assicurarsi che la superficie cutanea sia asciutta. Tendere eventuali pieghe cutanee e spargere la polvere finché l'area non sia coperta da uno strato sottile. Coprire la zona con una medicazione, se prescritto.

LOZIONE A BASE DI SOSPENSIONE

Agitare il contenitore prima dell'uso per distribuire le particelle sospese. Mettere una piccola quantità di lozione su una piccola garza applicarla sulla cute, strofinando uniformemente nella direzione di crescita dei peli.

CREME, UNGUENTI, PASTE E LOZIONI A BASE DI OLIO

Scaldare e ammorbidire la preparazione nelle mani con i guanti per facilitarne l'applicazione ed evitare il raffreddamento (se deve essere trattata una vasta area). Spalmare uniformemente sulla cute seguendo il verso della crescita dei peli. Spiegare al paziente che la cute potrebbe risultare unta dopo l'applicazione. Applicare una medicazione sterile, se prescritto dal medico.

SPRAY DI AEROSOL

Agitare il contenitore per mescolarne il contenuto. Tenere lo spray alla distanza consigliata dall'area (di solito circa 15-30 cm, ma controllare sempre l'etichetta). Coprire il viso del paziente con un asciugamano o una garza se la parte superiore del torace e del collo non necessitano del trattamento. Spruzzare il farmaco sull'area.

CEROTTI TRANSDERMICI

Selezionare un'area pulita, asciutta, glabra e che corrisponda alle raccomandazioni della casa produttrice. Rimuovere il cerotto dalla confezione protettiva, tenendolo senza toccare la parte adesiva, applicarlo premendo con il palmo della mano per circa 10 secondi. Ricordare al paziente di evitare applicazioni calde sopra l'area, per evitare un aumento della circolazione e quindi della velocità di assorbimento. Rimuovere il cerotto all'ora indicata, piegandolo in modo che la parte con il farmaco si trovi all'interno. Alcuni cerotti contengono sul retro delle parti metalliche non visibili, ciò potrebbe causare bruciore. È necessario che i pazienti informino il personale medico della presenza dell'utilizzo di un cerotto transdermico (MRLsafety.com, 2012).

Linee guida operative

forniscono sommarî a impatto immediato di comuni procedure e pratiche cliniche.

Istruzioni da dare al paziente forniscono suggerimenti e strumenti per aiutare i pazienti nella cura di sé e nel raggiungimento del benessere.

ISTRUZIONI DA DARE AL PAZIENTE

Prevenzione delle infezioni

Mostrare come manipolare il letto, la stanza e le altre strutture domestiche per evitare lesioni o per contenere possibili contaminazioni crociate.

- Insegnare a pulire le lenzuola visibilmente sporche separatamente dal resto della biancheria. Effettuare il lavaggio in acqua calda, se possibile, aggiungendo un misurino di candeggina o di disinfettante a base di fenolo al bucato e risciacquare in acqua fredda.
- Sulla base della valutazione del grado di conoscenza del paziente e dei suoi familiari, istruire tutti i membri della famiglia su una corretta igiene delle mani (per es., prima di maneggiare gli alimenti, prima di mangiare, dopo essere andati in bagno, prima e dopo ogni trattamento di assistenza necessario in casa e dopo aver toccato qualsiasi sostanza corporea, come il drenaggio di una ferita) e sulle misure igieniche correlate.
- Promuovere la cura delle unghie. Tenere le unghie delle mani corte, pulite e ben curate per eliminare margini grezzi o unghie lunghe, che possono ospitare microrganismi.
- Insegnare a non condividere gli oggetti per la cura personale, quali spazzolini da denti, accappatoi e asciugamani. Descrivere come le infezioni possono essere trasmesse attraverso la condivisione di tali oggetti.
- Indicare dei saponi antimicrobici e dei disinfettanti efficaci.

- Discutere della relazione tra igiene, riposo, attività e nutrizione nella catena dell'infezione.
- Insegnare a pulire gli strumenti e gli utensili riutilizzabili. Utilizzare acqua e sapone e disinfettare con una soluzione di ipoclorito di sodio (candeggina).
- Insegnare al paziente e ai suoi familiari quali sono i segni e i sintomi di infezione e quando è opportuno contattare un operatore sanitario. Valutare, ponendo delle domande verbali, il loro livello di comprensione dell'argomento dopo ogni sessione di insegnamento.
- Insegnare al paziente e ai suoi familiari come evitare le infezioni.
- Suggestire delle tecniche per la conservazione e la preparazione del cibo in sicurezza (per es., lavare frutta e verdure crude prima di mangiarle, conservare in frigorifero tutti gli alimenti aperti e non confezionati).
- Ricordare di evitare di tossire, starnutire o alitare direttamente sugli altri. Coprirsi bocca e naso per evitare la trasmissione di microrganismi presenti nelle vie aeree.
- Sottolineare l'importanza del mantenimento di un sufficiente apporto di liquidi per promuovere la produzione e l'eliminazione dell'urina. Ciò aiuta a ripulire la vescica e l'uretra da eventuali microrganismi.
- Sottolineare la necessità delle giuste vaccinazioni per tutti i membri della famiglia.

CONSIDERAZIONI CORRELATE CON L'ETÀ Prevenzione delle cadute

NEONATO/BAMBINO

- Valutare il rischio di cadute (età, stato mentale, farmaci, alterazioni fisiche e mentali).
- Incoraggiare i genitori a cambiare i neonati su un asciugamano soffice posto sul pavimento.
- Utilizzare fasciatoi e culle con sponde appropriatamente imbottite.
- Utilizzare dispositivi di sicurezza per la casa, quali barriere alle finestre poste sopra il livello della strada, cancelletti prima delle scale, corrimano.

ANZIANO

- Valutare potenziali cause soggettive di caduta: ipotensione, portamento instabile, alterata condizione mentale (dovuta a farmaci), abbassamento della vista, patologie dei piedi, calzature non sicure (larghe, poco aderenti, con suole scivolose, con tacchi alti, con margini irregolari), variazioni delle capacità cognitive e paura.

- In caso di assistenza domiciliare o ambulatoriale, valutare le potenziali cause di caduta dovute all'ambiente:
 - **Illuminazione:** intensità inadeguata, interruttori inaccessibili o non funzionanti.
 - **Pavimenti:** presenza di fili elettrici, tappeti mobili, ingombri, superficie scivolosa.
 - **Gradini:** assenza di corrimano, altezza o larghezza dei gradini non uniforme.
 - **Mobili:** basi instabili, senza maniglie, armadietti troppo alti o troppo bassi.
 - **Bagno:** inappropriata altezza della tazza, pavimenti o vasca scivolosi, assenza di corrimano.
- A casa, prendere in considerazione delle alternative al letto regolare o al letto ospedaliero se il paziente cade facilmente dal letto:
 - Mettere il materasso direttamente sul pavimento.
 - Usare un materasso ad acqua.
 - Imbottire le zone del pavimento accanto al letto o tra il paziente e le sponde del letto.

Considerazioni correlate con l'età stimolano l'infermiere a erogare un'assistenza personalizzata in base all'età del paziente, applicando le variazioni necessarie alla procedura da effettuare sul neonato, sul bambino e sull'anziano.

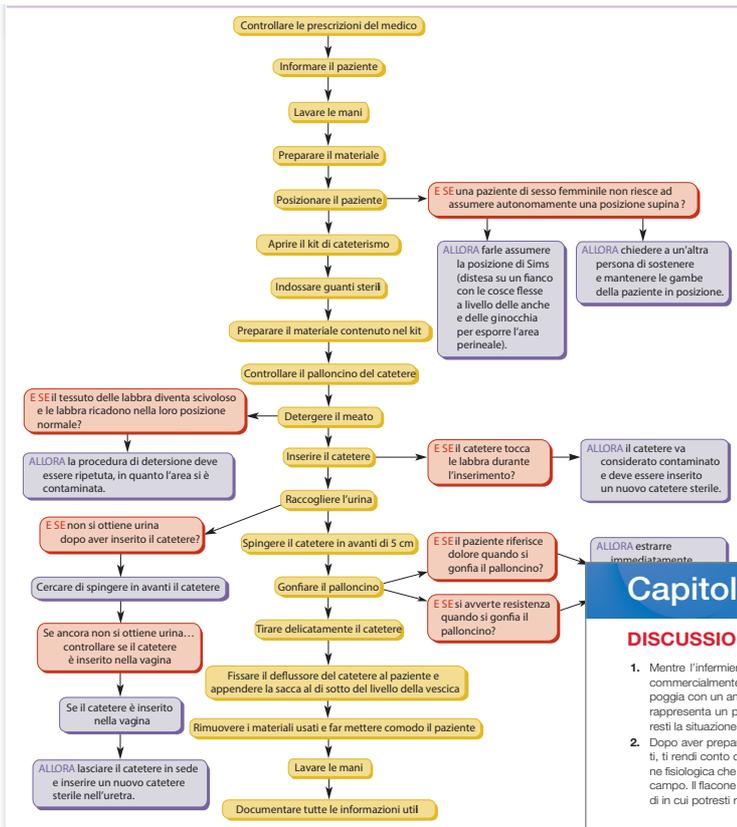
Avvertenza riporta importanti informazioni relative ad aspetti quali situazioni ad alto rischio.

AVVERTENZA

La soluzione fisiologica deve essere sempre utilizzata quando si inizia una trasfusione di sangue. Se il paziente ha un'infusione di qualsiasi altra soluzione, bloccare l'infusione e lavare la linea con soluzione fisiologica prima di iniziare la trasfusione o stabilire un accesso EV mediante un sito aggiuntivo. Soluzioni diverse dalla soluzione fisiologica possono causare danni ai componenti del sangue.

PENSIERO CRITICO!

ESE Cateterismo vescicale con l'utilizzo di un catetere a permanenza



UNICO! E se... Mappe concettuali rappresentano visivamente il diagramma di flusso di una procedura e presentano possibili risposte e risultati inattesi.

Discussioni clinico-assistenziali alla fine di ogni capitolo stimolano il pensiero critico con scenari e domande orientati all'applicazione pratica.

Capitolo 7 Verifica Unità Didattica

DISCUSSIONI CLINICO-ASSISTENZIALI

- Mentre l'infermiere sta mettendo una garza sterile confezionata commercialmente su un campo sterile già preparato, essa si appoggia con un angolo quasi al di fuori dei margini del campo. Ciò rappresenta un problema per la sua sterilità? Se sì, come gestire la situazione?
- Dopo aver preparato un campo sterile e avere indossato i guanti, ti rendi conto di aver dimenticato di aprire il flacone di soluzione fisiologica che devi versare all'interno di un recipiente posto sul campo. Il flacone non è sterile al suo esterno. Quali sono due modi in cui potresti risolvere questo problema?
- Un paziente viene ricoverato in ospedale con una diagnosi di diarrea acuta con cause sconosciute. Che precauzioni per il controllo delle infezioni sarebbero appropriate in questo caso?
- Ti è stata assegnata la cura di un paziente il quale presenta una diffusa infezione da herpes zoster (fuoco di Sant'Antonio). Mentre rivedi il manuale della struttura sulla prevenzione delle infezioni, apprendi che gli individui che non hanno contratto la varicella non dovrebbero entrare nella stanza del paziente. Possono interfacciarsi al paziente esclusivamente i soggetti che hanno contratto la varicella o coloro che risultano immuni dopo un esame del sangue. Spiega perché è il caso che si faccia ciò.

Vedi le Risposte alle Discussioni clinico-assistenziali nell'Appendice A.

DOMANDE DI VERIFICA

- L'infermiere sa che qualsiasi sostanza può servire da mezzo intermedio per il trasporto e l'introduzione di un agente infettivo in un ospite suscettibile attraverso idonea via di accesso. Quale termine descrive al meglio questo tipo di trasmissione?
 - Trasmissione diretta
 - Trasmissione da veicolo
 - Trasmissione aerea
 - Trasmissione da vettore
- Quale frase, se detta da un infermiere, indica che sono necessari ulteriori insegnamenti riguardanti i sei punti della catena dell'infezione?
 - "L'obiettivo delle misure di controllo dell'infezione è quello di rompere ogni punto e in ogni momento possibile in modo che la malattia non si trasmetta da una persona all'altra"
 - "La trasmissione diretta può avvenire tramite contatto fisico, rapporti sessuali"
 - "La trasmissione aerea può coinvolgere droplet o polvere"
 - "La trasmissione diretta può essere mediata da vettori e da animali"
- Aprire la confezione esterna senza contaminare i guanti o la confezione interna
- Mettere il primo guanto sulla mano non dominante
- Prendere l'altro guanto con la mano con il guanto sterile, inserire le dita sotto al polsino del guanto da posizionare mentre si tiene il polsino lontano dal guanto da indossare
- Una volta che sono stati indossati entrambi i guanti, srotolare qualsiasi parte del polsino che è stata afferrata durante l'applicazione
- Un infermiere sta assistendo un paziente con la tubercolosi. Le precauzioni basate sulla via di trasmissione di malattie infettive vengono usate insieme a quelle standard. Quali dei seguenti dispositivi userebbe l'infermiere in accordo con le linee guida sulla prevenzione? Selezionare tutte le risposte esatte.
 - Una mascherina chirurgica tutte le volte che entra nella stanza del paziente
 - Un respiratore N95 quando si è a 1 m dal paziente
 - Guanti per tutti i contatti con il paziente
 - Lavaggio delle mani prima di indossare e dopo aver rimosso i guanti
 - Un camice mentre esegue l'esame obiettivo del paziente
- A un infermiere viene chiesto di assistere un paziente con precauzioni per la tubercolosi. Quali delle seguenti precauzioni prenderebbe l'infermiere?
 - Prendere il polsino del guanto da posizionare mentre si tiene il polsino lontano dal guanto da indossare
 - Prendere il guanto con la mano con il guanto sterile, inserire le dita sotto al polsino del guanto da posizionare mentre si tiene il polsino lontano dal guanto da indossare
 - Prendere il guanto con la mano con il guanto sterile, inserire le dita sotto al polsino del guanto da posizionare mentre si tiene il polsino lontano dal guanto da indossare
 - Prendere il guanto con la mano con il guanto sterile, inserire le dita sotto al polsino del guanto da posizionare mentre si tiene il polsino lontano dal guanto da indossare

Domande di verifica aiutano a prepararsi per l'esame. Sono presenti domande di stile diverso

UNITÀ

6 Applicazione delle procedure infermieristiche

Questa unità approfondisce le abilità relative alla nutrizione e all'eliminazione. Soddisfare le esigenze nutrizionali del paziente è essenziale per promuovere la salute, prevenire le malattie e migliorare il recupero da infortuni e malattie. Le eliminazioni urinarie e fecali sono esigenze umane di base che possono essere influenzate da malattie, ferite, farmaci e trattamenti. L'infermiere svolge un ruolo importante nella valutazione e nel mantenimento della nutrizione e dell'eliminazione quando si fornisce assistenza al paziente in qualsiasi ambiente.

PAZIENTE: Michael ETÀ: 78 anni

DIAGNOSI MEDICA: Accidente cerebrovascolare, ipertensione, insufficienza renale cronica

Anamnesi: Michael, 78 anni, è un afroamericano emigrato dalla Sierra Leone 12 anni fa. Gli è stata diagnosticata un'ipertensione all'età di 35 anni in seguito alla quale ha seguito la terapia in maniera intermittente, scegliendo spesso autonomamente di non assumere il suo antipertensivo perché "si sentiva bene" e non pensava di averne bisogno. 10 anni fa gli è stata diagnosticata un'insufficienza renale cronica e da allora la sua funzione renale è costantemente diminuita. Due settimane fa, mentre giocava a carte a casa, improvvisamente ha perso sensibilità e funzionalità sul lato sinistro del corpo. È stato trasferito al pronto soccorso dove gli è stato diagnosticato un accidente cerebrovascolare (ictus). Quando le sue condizioni si sono stabilizzate, è stato

trasferito in una struttura di riabilitazione dove è stato sottoposto a terapia occupazionale e fisica e ha ricevuto assistenza per soddisfare i suoi bisogni di auto-cura. Assume idroclorotiazide 50 mg e atenololo 100 mg PO al giorno per controllare la sua ipertensione e furosemide 40 mg PO ogni giorno per migliorare la produzione di urina. Michael ha sviluppato, inoltre, disfagia, costipazione e incontinenza urinaria occasionale.

Storia personale e sociale: Michael è sposato, ha quattro figli grandi e 10 nipoti. Due dei suoi figli vivono nella vicinanza. Sua moglie attende con ansia che Michael stia bene e che ritorni a casa. Vivono in una casa indipendente a due piani.

Domande

Raccolta dati

- Quali dati di valutazione saranno raccolti dall'infermiere in relazione allo stato nutrizionale e di eliminazione del paziente?

Analisi

- Elencare due possibili diagnosi infermieristiche che possono essere identificate dall'anamnesi, dalla storia personale e dai dati raccolti riferiti alla nutrizione e/o all'eliminazione.

Pianificazione assistenziale

- Sulla base dei dati raccolti e delle diagnosi infermieristiche, identificare un risultato desiderato.
- Identificare le azioni, i criteri misurabili e il tempo necessari per ottenere i risultati.

Interventi

- Quali interventi può fornire l'infermiere per migliorare la capacità di soddisfare i requisiti nutrizionali di Michael?

- Quali interventi può fornire l'infermiere per trattare la stipsi di Michael?

- Suggerire interventi per ridurre l'incontinenza urinaria.

Azioni di nursing

- Quali dati potrebbe raccogliere l'infermiere per verificare se il risultato desiderato è stato raggiunto?

Indice generale

Prefazione iii
Autori v
Contenuti vii

Unità 1 Introduzione 1

Capitolo 1 Tecniche di base 2

Creazione e mantenimento di un ambiente curativo 2

Processo di delega 3

Precauzioni standard 4

Processo di nursing: precauzioni standard 5

PROCEDURA 1-1 Usare le precauzioni standard 5

Lavaggio delle mani 6

Processo di nursing: Lavaggio delle mani 7

PROCEDURA 1-2 Lavaggio delle mani 7

Dispositivi di protezione individuale 10

Guanti 10, Camici 10, Mascherine, visiere e occhiali, 10

Processo di nursing: dispositivi di protezione individuale 10

PROCEDURA 1-3 Indossare e rimuovere i dispositivi di protezione individuale (guanti, camice, mascherina, occhiali) 10

Assistenza infermieristica alle procedure sanitarie 12

Processo di nursing: assistere durante le procedure 13

PROCEDURA 1-4 Assistere nelle procedure invasive 13

Smaltimento di dispositivi e materiali sporchi 14

Introduzione in sacchetti 14, Biancheria 15, Campioni di laboratorio 15, Stoviglie 15, Dispositivi per la pressione sanguigna 15, Termometri 15, Aghi, siringhe e oggetti taglienti monouso 15

Documentazione 15

Unità 2 Valutazione dello stato di salute 20

Capitolo 2 Rilevazione dei parametri vitali 21

Temperatura corporea 22

Fattori che alterano la temperatura corporea 22, Alterazione della temperatura corporea 22, Punti di rilevazione della temperatura corporea 23, Tipi di termometri 23

Processo di nursing: Rilevare la temperatura corporea 25

PROCEDURA 2-1 Rilevare la temperatura corporea 25

Polso 29

Fattori che modificano la frequenza del polso 29, Siti di rilevazione del polso 30

Processo di nursing: Rilevare il polso periferico 30

PROCEDURA 2-2 Rilevare il polso periferico 30

Processo di nursing: Rilevare il polso apicale 33

PROCEDURA 2-3 Rilevare il polso apicale 33

Processo di nursing: Rilevare il polso apicale-radiale 36

PROCEDURA 2-4 Rilevare il polso apicale-radiale 36

Respirazione 37

Fattori che modificano la respirazione 37, Misurazione della respirazione 37

Processo di nursing: Valutare il respiro 38

PROCEDURA 2-5 Valutare il respiro 38

Pressione sanguigna 40

Fattori che influenzano la pressione sanguigna 40, Siti di rilevazione della pressione sanguigna 40, Misurazione della pressione sanguigna 40

Processo di nursing: Rilevare la pressione sanguigna 41

PROCEDURA 2-6 Rilevare la pressione sanguigna 41

Saturazione di ossigeno 46

Fattori che influiscono sulla lettura della saturazione di ossigeno 46

Processo di nursing: Rilevare la saturazione di ossigeno 47

PROCEDURA 2-7 Rilevare la saturazione di ossigeno (ossimetro da polso) 47

Capitolo 3 Valutazione dello stato di salute 51

Anamnesi infermieristica 52

Esame obiettivo 52

Tecniche di esame 54

Esame generale 57

Condizioni generali e stato mentale 57, Parametri vitali 57, Altezza e peso 57

Processo di nursing: Valutazione delle condizioni generali e dello stato mentale 58

PROCEDURA 3-1 Valutazione delle condizioni generali e dello stato mentale 58

Tegumenti 60

Cute 60

Processo di nursing: Valutazione della cute 62

PROCEDURA 3-2 Valutazione della cute 62

Capelli 65

Processo di nursing: Valutazione dei capelli 66

PROCEDURA 3-3 Valutazione dei capelli 66

Unghie 67

Processo di nursing: Valutazione delle unghie 67

PROCEDURA 3-4 Valutazione delle unghie 67

Testa 68

Cranio e viso 68

Processo di nursing: Valutazione del cranio e del viso 69

PROCEDURA 3-5 Valutazione del cranio e del viso 69

Occhi e vista 70

Processo di nursing: Valutazione degli occhi e della vista 71

PROCEDURA 3-6 Valutazione degli occhi e della vista 71

Orecchie e udito 76

Processo di nursing: Valutazione delle orecchie e dell'udito 76

PROCEDURA 3-7 Valutazione delle orecchie e dell'udito 76

Naso e seni nasali 80

Processo di nursing: Valutazione del naso e dei seni nasali 80

PROCEDURA 3-8 Valutazione del naso e dei seni nasali 80

Bocca e orofaringe 82

Processo di nursing: Valutazione della bocca e dell'orofaringe 82

PROCEDURA 3-9 Valutazione della bocca e dell'orofaringe 82

Collo 85

Processo di nursing: Valutazione del collo 86

PROCEDURA 3-10 Valutazione del collo 86

Torace e polmoni 88

Punti di reperi della gabbia toracica 88, Forma e dimensione del torace 90, Suoni respiratori 91

Processo di nursing: Valutazione del torace e dei polmoni 92

PROCEDURA 3-11 Valutazione del torace e dei polmoni 92

Sistemi cardiovascolare e vascolare periferico 97

Cuore 97, Vasi centrali 98

Processo di nursing: Valutazione del cuore e dei vasi centrali 98

PROCEDURA 3-12 Valutazione del cuore e dei vasi centrali 98

Il sistema vascolare periferico 102

Processo di nursing: Valutazione del sistema vascolare periferico 102

PROCEDURA 3-13 Valutazione del sistema vascolare periferico 102

Seni e ascelle 105

Processo di nursing: Valutazione del seno e del cavo ascellare 105

PROCEDURA 3-14 Valutazione del seno e del cavo ascellare 105

Addome 109

Processo di nursing: Valutazione dell'addome 111

PROCEDURA 3-15 Valutazione dell'addome 111

Sistema muscolo-scheletrico 115

Processo di nursing: Valutazione del sistema muscolo-scheletrico 115

PROCEDURA 3-16 Valutazione del sistema muscolo-scheletrico 115

Sistema nervoso 118

Processo di nursing: Valutazione del sistema nervoso 118

PROCEDURA 3-17 Valutazione del sistema nervoso 118

Genitali e area inguinale femminili 126

Processo di nursing: Valutazione dei genitali e dell'area inguinale femminili 127

PROCEDURA 3-18 Valutazione dei genitali e dell'area inguinale femminili 127

Genitali e area inguinale maschili 129

Processo di nursing: Valutazione dei genitali e dell'area inguinale maschili 129

PROCEDURA 3-19 Valutazione dei genitali e dell'area inguinale maschili 129

Area anale 131

Processo di nursing: Valutazione dell'ano 131

PROCEDURA 3-20 Valutazione dell'ano 131

Bilancio idrico 132

Pesate giornaliere 134, Parametri vitali 134, Entrate e uscite di liquidi 134

Processo di nursing: Valutazione del bilancio idrico 134

PROCEDURA 3-21 Valutazione delle entrate e delle uscite 134

Capitolo 4 **Test diagnostici** 139

Fasi dei test diagnostici 140

Pre-test 140, Intra-test 140, Post-test 140

Raccolta di campioni 140

Glucosio nel sangue capillare 140

Processo di nursing: Misurazione della glicemia da sangue capillare 141

PROCEDURA 4-1 Prelievo di un campione di sangue capillare per misurare la glicemia 141

Campioni di feci 144

Processo di nursing: Campione di feci e loro analisi 144

PROCEDURA 4-2 Raccolta ed esame di un campione di feci 144

Campioni di urina 147

Campione di urina per esami di routine 147, Campione orario di urina 147, Campione di urina sterile o da mitto intermedio 147, Esami delle urine 147, Raccogliere un campione di urina per esami di routine 148

Processo di nursing: Campione di urina per esami di routine 148

PROCEDURA 4-3 Raccolta di un campione di urina per esami di routine 148

Raccolta di un campione di urina ad orario 149

Processo di nursing: Campione di urina ad orario 150

PROCEDURA 4-4 Raccolta di un campione di urina ad orario 150

Raccolta sterile di un campione di urina per urinocoltura e antibiogramma 151

Processo di nursing: Campione di urina per urinocoltura e antibiogramma 151

PROCEDURA 4-5 Raccolta di un campione di urina per urinocoltura e antibiogramma (metodo Clean-Catch, campione pulito) 151

Processo di nursing: Analisi delle urine 153

PROCEDURA 4-6 Eseguire le analisi delle urine 153

Campioni di espettorato da naso e gola 154

Processo di nursing: Campione di espettorato 154

PROCEDURA 4-7 Raccolta di un campione di espettorato 154

Campione nasale e faringeo 156

Processo di nursing: Campione nasale o faringeo 156

PROCEDURA 4-8 Raccolta di un campione nasale o faringeo 156

Campione di secrezione dal drenaggio di una ferita 157

Tipologie di drenaggio della ferita 157

Processo di nursing: Campione dal drenaggio di una ferita 158

PROCEDURA 4-9 Prelievo di un campione dal drenaggio di una ferita 158

Procedure di aspirazione e biopsia 159

Puntura lombare 159, Paracentesi addominale 161, Toracentesi 161, Biopsia del midollo osseo 162, Biopsia del fegato 163

Assistenza ai pazienti trattati con mezzi di contrasto 164

Unità 3 Assistenza all'igiene e al comfort del paziente 170

Capitolo 5 Igiene del paziente 171

Bagno e cura della cute 172

Tipi di bagno 172, Assistenza a lungodegenti 173

Processo di nursing: Bagno e cura della cute 174

PROCEDURA 5-1 Bagno ad un paziente adulto 174

Cura del perineo e dei genitali 179

Processo di nursing: Igiene perineale e genitale 180

PROCEDURA 5-2 Igiene perineale e genitale 180

Igiene orale 181

Pazienti a rischio 181, Igiene orale speciale 182

Processo di nursing: Igiene orale 183

PROCEDURA 5-3 Spazzolatura dei denti e utilizzo del filo interdentale 183

PROCEDURA 5-4 Igiene speciale della bocca nel paziente incosciente o debilitato 186

Cura dei capelli 187

Spazzolare e pettinare i capelli 187, Lavaggio dei capelli 188, Cura di barba e baffi 188

Processo di nursing: Igiene dei capelli 189

PROCEDURA 5-5 Igiene dei capelli 189

Cura dei piedi 190

Processo di nursing: Igiene dei piedi 191

PROCEDURA 5-6 Igiene dei piedi 191

Orecchie 192

Pulizia delle orecchie 192, Gestione degli apparecchi acustici 192

Processo di nursing: Le orecchie 194

PROCEDURA 5-7 Rimozione, pulizia e riposizionamento di un apparecchio acustico 194

Capitolo 6 Rifacimento del letto 197

Creazione di un ambiente igienico e confortevole 197

Temperatura ambientale 197, Ventilazione 197, Rumore 197, Letto di ospedale 198, Materassi 199

Accessori del letto ospedaliero 199

Sbarre laterali 199, Pedana 200, Aste per fleboclisi 200

Rifacimento del letto 200

Letto non occupato 200

Processo di nursing: Rifacimento del letto 201

PROCEDURA 6-1 Rifare un letto non occupato 201

Letto occupato 204

Processo di nursing: Letto occupato 205

PROCEDURA 6-2 Rifare un letto occupato 205

Capitolo 7 **Prevenzione delle infezioni 209**

Catena dell'infezione 209

Modalità di trasmissione 209, Rompere la catena dell'infezione 211, Riduzione del rischio di infezione 211

Mantenimento dell'asepsi chirurgica 211

Campo sterile 213

Processo di nursing: Allestire e mantenere un campo sterile 214

PROCEDURA 7-1 Allestire e mantenere un campo sterile 214

Guanti sterili 218

Processo di nursing: Indossare e rimuovere i guanti sterili 218

PROCEDURA 7-2 Indossare e rimuovere i guanti sterili (metodo aperto) 218

Assistenza a pazienti con infezioni accertate o sospette 220

Precauzioni standard (vedi Capitolo 1) 220, Precauzioni basate sulla via di trasmissione delle infezioni (vedi Procedura 7-3) 220

Processo di nursing: Trattamento dei pazienti con infezioni accertate o sospette 221

PROCEDURA 7-3 Applicare le precauzioni basate sulla via di trasmissione delle infezioni 221

Capitolo 8 **Applicazioni calde e fredde 227**

Linee guida per le applicazioni calde e fredde 227

Adattamento dei recettori termici 227, Fenomeno di rimbalzo (rebound) 228, Effetti sistemici 228, Tolleranza e controindicazioni 229, Connessione corpo-mente 229

Processo di nursing: Applicazioni calde e fredde 230

PROCEDURA 8-1 Applicazioni calde secche: borsa di acqua calda, cuscino termico elettrico, cuscino termico ad acqua, impacco caldo monouso 230

PROCEDURA 8-2 Applicazioni fredde secche: borsa di ghiaccio, collare di ghiaccio, guanto di ghiaccio, impacco freddo monouso 232

Compresse e impacchi umidi 233

PROCEDURA 8-3 Applicare compresse e impacchi umidi 234

Capitolo 9 **Assistere la persona con dolore 237**

Natura del dolore 238

Tipi di dolore 238

Localizzazione 238, Durata 239, Intensità 239, Etiologia 239

Concetti associati al dolore 239

Fattori che influenzano l'esperienza dolorosa 240

Valori etnici e culturali 240, Stadio di sviluppo 241, Ambiente e persone di supporto 242, Esperienze di dolore passate 243, Significato del dolore 243, Risposte emotive al dolore 243

Difficoltà nella gestione del dolore 243

Strategie chiave nella gestione del dolore 244

Riconoscere e accettare il dolore del paziente 244, Assistere i caregiver 245, Ridurre gli equivoci sul dolore 245, Ridurre la paura e l'ansia 245, Prevenire il dolore 245

Valutazione del dolore 245

Anamnesi del dolore 246, Osservazione delle risposte comportamentali e fisiologiche 249, Diario quotidiano del dolore 250

Processo di nursing: Valutare il paziente con dolore 251

PROCEDURA 9-1 Valutare il paziente con dolore 251

Gestione del dolore 252

Gestione della terapia farmacologica del dolore 254, Somministrazione di placebo 258, Vie di somministrazione degli oppioidi 258, Analgesia controllata dal paziente (PCA) 262

Processo di nursing: Gestione del dolore da parte del paziente con utilizzo di una pompa 263

PROCEDURA 9-2 Gestione del dolore con utilizzo di una pompa PCA 263

Gestione del dolore con terapia non farmacologica 265

Processo di nursing: Stimolazione elettrica transcutanea 266

PROCEDURA 9-3 Gestione di un'unità TENS 266

Processo di nursing: Massaggio della schiena 268

PROCEDURA 9-4 Effettuare un massaggio alla schiena 268

Processo di nursing: Strategie di gestione del dolore cognitivo-comportamentali 271

PROCEDURA 9-5 Insegnare il rilassamento muscolare progressivo 271

PROCEDURA 9-6 Assistere il paziente con l'immagine guidata 272

Unità 4 Mobilità e sicurezza 277**Capitolo 10 Posizionamento del paziente 278****Meccanica del corpo 278**

Elementi di movimento del corpo 279, Principi di meccanica del corpo 280, Prevenire i danni alla schiena 282

Posizionare i pazienti a letto 282

Posizione di Fowler 283, Posizione ortopnoica 284, Posizione distesa dorsale 284, Posizione prona 284, Posizione laterale 286, Posizione di Sims 286

Processo di nursing: Posizione del paziente a letto 287

PROCEDURA 10-1 Sostenere la posizione del paziente a letto 287

Muovere e girare i pazienti nel letto 290

Processo di nursing: Mobilizzare un paziente nel letto 290

PROCEDURA 10-2 Mobilizzare il paziente nel letto 290

PROCEDURA 10-3 Mobilizzare il paziente nel letto nella posizione laterale o prona 292

PROCEDURA 10-4 Mobilizzare il paziente nel letto mantenendo la posizione allineata (rotolamento) 293

PROCEDURA 10-5 Assistere il paziente a sedersi sul bordo del letto (gambe penzolanti) 294

Trasferire i pazienti 295

Processo di nursing: Trasferire il paziente dal letto alla sedia 297

PROCEDURA 10-6 Trasferire il paziente dal letto alla sedia 297

Trasferimento dal letto alla barella 299

Processo di nursing: Trasferire il paziente dal letto alla barella 300

PROCEDURA 10-7 Trasferire il paziente dal letto alla barella 300

Dispositivi di sollevamento 301

Processo di nursing: Sollevatore idraulico 302

PROCEDURA 10-8 Usare un sollevatore idraulico mobile 302

Letti speciali 303**Capitolo 11 Mobilizzazione del paziente 307****Sedie a rotelle 307**

Processo di nursing: Sedia a rotelle 308

PROCEDURA 11-1 Assistere il paziente nell'uso della sedia a rotelle 308

Deambulazione 310

Processo di nursing: Deambulazione 310

PROCEDURA 11-2 Assistere il paziente nella deambulazione 310

Aiutare i pazienti a usare gli ausili meccanici per camminare 313

Processo di nursing: Assistere i pazienti nell'uso degli ausili meccanici per camminare 314

PROCEDURA 11-3 Assistere il paziente nell'uso del bastone 314

PROCEDURA 11-4 Assistere il paziente nell'uso delle stampelle 315

PROCEDURA 11-5 Assistere il paziente nell'uso del deambulatore 319

Capitolo 12 Prevenzione delle cadute e sistemi di contenzione 323**Prevenzione delle cadute 323**

Processo di nursing: Prevenzione delle cadute 326

PROCEDURA 12-1 Utilizzare un sistema di controllo elettronico del movimento del paziente a letto o sulla sedia 326

Sistemi o mezzi di contenzione 328

Scegliere un sistema di contenzione 330

Processo di nursing: Misure di contenzione 331

PROCEDURA 12-2 Applicare misure di contenzione 331

Misure di prevenzione durante le convulsioni 334

Processo di nursing: Prevenzione durante le convulsioni 334

PROCEDURA 12-3 Utilizzare le misure di prevenzione durante le convulsioni 334

Capitolo 13 Mantenimento della mobilità articolare 338**Esercizi della gamma di movimento 339**

Gamma di movimento attivo 339, Gamma di movimento passivo 340, Gamma di movimento attivo-assistito 341

Processo di nursing: Esercizi della gamma di movimento 341

PROCEDURA 13-1 Esecuzione di esercizi della gamma di movimento passivo 341

Dispositivi di movimento passivo continuo 348

Processo di nursing: Dispositivi di movimento passivo continuo 349

PROCEDURA 13-2 Utilizzo di un dispositivo di movimento passivo continuo 349

Unità 5 Somministrazione dei farmaci 353**Capitolo 14 Calcoli relativi ai farmaci 354****Sistemi di misura 354**

Sistema metrico decimale 354, Sistema degli speciali 354, Sistema casalingo 355

Conversione di unità di peso e volumi 355

Convertire i pesi nell'ambito del sistema metrico 355, Convertire pesi e volumi tra sistemi diversi 355, Convertire le unità di volume 355, Convertire le unità di peso 356

Metodi per calcolare i dosaggi 356

Formula fondamentale 356, Metodo dei rapporti e delle proporzioni 357, Metodo dell'equazione frazionaria 358, Metodo dell'analisi dimensionale 358, Calcolo di dosaggi personalizzati 359

Calcolare le velocità di flusso endovenoso 359

Calcolare i millilitri per ora 360, Calcolare le gocce per minuto 361, Calcolare le velocità di flusso EV in base al tempo 361, Calcolare le velocità di infusione EV in base a peso corporeo e tempo 362

Capitolo 15 **Somministrazione dei farmaci per via orale ed enterale 364**

Aspetti legali della somministrazione dei farmaci 364

Effetti dei farmaci 366

Vie di somministrazione 366

Orale 366, Sublinguale 366, Da sciogliere in bocca 366, Enterale 367

Prescrizioni mediche 367

Tipologie di prescrizioni mediche 367, Componenti essenziali di una prescrizione farmacologica 367, Comunicazione di una prescrizione medica 369

Somministrazione sicura dei farmaci 370

Errori nella somministrazione dei farmaci 371, Riconciliazione farmacologica 372, Sistemi di distribuzione dei farmaci 372, Procedura di somministrazione dei farmaci 374, Farmaci per via orale 376

Processo di nursing: Farmaci per via orale 376

PROCEDURA 15-1 Somministrare i farmaci per via orale 376

Somministrazione di farmaci tramite sondino nasogastrico e gastrostomia 381

Processo di nursing: Somministrare farmaci tramite sondino nasogastrico e gastrostomia 382

PROCEDURA 15-2 Somministrare i farmaci per via enterale tramite sondino 382

Capitolo 16 **Somministrazione dei farmaci ad azione topica 388**

Farmaci dermatologici 388

Cerotti transdermici 388

Processo di nursing: Farmaci per via cutanea 390

PROCEDURA 16-1 Somministrazione di farmaci per via cutanea 390

Farmaci oftalmici 391

Processo di nursing: Farmaci per via oftalmica 391

PROCEDURA 16-2 Somministrazione di farmaci per via oftalmica 391

Farmaci otologici 394

Processo di nursing: Farmaci per via otologica 394

PROCEDURA 16-3 Somministrazione di farmaci per via otologica 394

Farmaci rinologici 396

Processo di nursing: Farmaci per via nasale 396

PROCEDURA 16-4 Somministrazione di farmaci per via nasale 396

Farmaci da inalare 397

Processo di nursing: Farmaci per via inalatoria 398

PROCEDURA 16-5 Somministrazione di farmaci per via inalatoria con un inalatore a dose misurata 398

Farmaci vaginali 401

Processo di nursing: Farmaci per via vaginale 401

PROCEDURA 16-6 Somministrazione di farmaci per via vaginale 401

Farmaci rettali 403

Processo di nursing: Farmaci per via rettale 403

PROCEDURA 16-7 Somministrazione di farmaci per via rettale 403

Capitolo 17 **Somministrazione dei farmaci per via parenterale 406**

Strumenti 406

Siringhe 406, Aghi 409

Prevenzione delle punture accidentali da ago 409

Preparazione dei farmaci iniettabili 411

Fiale e flaconi 411

Processo di nursing: Preparazione dei farmaci iniettabili 413

PROCEDURA 17-1 Preparare i farmaci contenuti in fiale 413

PROCEDURA 17-2 Preparare i farmaci contenuti in flaconi 414

Miscelare i farmaci in una siringa 415

Processo di nursing: Miscelare i farmaci in una siringa 416

PROCEDURA 17-3 Miscelare i farmaci con l'uso di una siringa 416

Iniezioni intradermiche 417

Processo di nursing: Iniezioni intradermiche 417

PROCEDURA 17-4 Somministrare i farmaci per via intradermica per test cutanei 417

Iniezioni sottocutanee 419

Processo di nursing: Iniezioni sottocutanee 420

PROCEDURA 17-5 Somministrare i farmaci per via sottocutanea 420

Iniezioni intramuscolari 422, Tecnica dell'iniezione intramuscolare 426

Processo di nursing: Iniezioni intramuscolari 427

PROCEDURA 17-6 Somministrare i farmaci per via intramuscolare 427

Terapia endovenosa 429

Infusioni di grandi volumi 429

Processo di nursing: Infusioni di grandi volumi 431

PROCEDURA 17-7 Aggiungere i farmaci nei contenitori di liquidi endovenosi 431

Infusioni endovenose a intermittenza 433

Processo di nursing: Infusioni endovenose a intermittenza 435

PROCEDURA 17-8 Somministrare i farmaci per via endovenosa a intermittenza con l'uso di un set secondario 435

Infusione endovenosa in bolo 438

Processo di nursing: Infusione endovenosa in bolo 438

PROCEDURA 17-9 Somministrare i farmaci per via endovenosa in bolo 438

Capitolo 18 **Somministrazione della terapia endovenosa** 443

Infusioni endovenose 443

Tipi comuni di soluzioni 443, Siti periferici per punture venose 444, Dispositivi per infusione endovenosa 444

Effettuare una puntura venosa 448

Processo di nursing: Effettuare una puntura venosa 449

PROCEDURA 18-1 Eseguire una puntura venosa 449

Preparazione delle infusioni endovenose 453

Processo di nursing: Preparazione delle infusioni endovenose 454

PROCEDURA 18-2 Preparare e avviare un'infusione endovenosa 454

Regolazione della velocità del flusso endovenoso 456

Millilitri per ora 456, Gocce per minuto 456

Processo di nursing: Utilizzo di un dispositivo di infusione elettronico (DIE) 458

PROCEDURA 18-3 Utilizzare un dispositivo di infusione elettronico (DIE) 458

Mantenimento dell'infusione 459

Processo di nursing: Mantenimento dell'infusione 459

PROCEDURA 18-4 Mantenere un'infusione 459

Dispositivi di infusione a intermittenza 462

Processo di nursing: Dispositivi di infusione a intermittenza 462

PROCEDURA 18-5 Mantenere dispositivi di infusione a intermittenza 462

Sospendere le infusioni 463

Processo di nursing: Disconnettere le infusioni 464

PROCEDURA 18-6 Disconnettere le infusioni e i relativi dispositivi 464

Trasfusioni di sangue 466

Reazioni trasfusionali 466, Somministrazione di trasfusioni di sangue 466

Processo di nursing: Trasfusioni di sangue 468

PROCEDURA 18-7 Effettuare una trasfusione di sangue 468

Dispositivi di accesso venoso centrale 471

Tipi di CVC 471, Complicanze associate ai CVC 472

Processo di nursing: Assistenza al paziente portatore di CVC 472

PROCEDURA 18-8 Gestire un catetere venoso centrale 472

Cambiare la medicazione 475

Processo di nursing: Sostituzione della medicazione di un catetere venoso centrale 475

PROCEDURA 18-9 Sostituire la medicazione di un catetere venoso centrale 475

Dispositivi di accesso vascolare impiantati 477

Processo di nursing: Dispositivi di accesso vascolare impiantati 477

PROCEDURA 18-10 Gestire un dispositivo di accesso vascolare impiantato 477

Unità 6 **Nutrizione ed eliminazione** 482

Capitolo 19 **Alimentazione del paziente** 483

Introduzione 483

Nutrizione 483

Alterazioni della nutrizione 485, Valutazione nutrizionale 485, Assistenza ai pazienti che seguono diete speciali 489, Stimolazione dell'appetito 490, Assistenza ai pazienti durante i pasti 491

Processo di nursing: Assistenza ai pazienti durante i pasti 492

PROCEDURA 19-1 Assistere un paziente adulto durante i pasti 492

Nutrizione enterale 494

Strumenti di accesso enterale 494

Processo di nursing: Nutrizione enterale 496

PROCEDURA 19-2 Posizionare un sondino nasogastrico 496

Controllo del posizionamento del sondino nasogastrico 499, Alimentazione artificiale enterale 499

Processo di nursing: Alimentazione enterale tramite sondino 500

PROCEDURA 19-3 Somministrare l'alimentazione enterale tramite sondino 500

Processo di nursing: Rimuovere un sondino nasogastrico 504

PROCEDURA 19-4 Rimuovere un sondino nasogastrico 504

Processo di nursing: Alimentazione tramite gastrostomia o digiunostomia 505

PROCEDURA 19-5 Somministrare l'alimentazione tramite gastrostomia o digiunostomia 505

Gestione dei sondini di alimentazione ostruiti 507

Nutrizione parenterale 507

Processo di nursing: Nutrizione parenterale 508

PROCEDURA 19-6 Somministrare la nutrizione parenterale totale 508

Capitolo 20 **Assistenza all'eliminazione urinaria 512**

Apparato urinario 512

Controllo urinario 513

Scansione vescicale 514

Pappagalli e padelle 514

Linee guida per l'applicazione di pappagalli e padelle 514

Processo di nursing: Verificare la minzione e utilizzare pappagalli e padelle 515

PROCEDURA 20-1 Assistere il paziente che necessita di padella o pappagallo per la minzione 515

Applicazione di un dispositivo urinario esterno 516

Processo di nursing: Posizionare un catetere vescicale esterno 517

PROCEDURA 20-2 Posizionare un catetere vescicale esterno (urocondom) 517

Cateterismo urinario 518

Processo di nursing: Cateterismo vescicale 521

PROCEDURA 20-3 Cateterismo vescicale 521

Gestione e rimozione del catetere 527

Processo di nursing: Rimozione del catetere vescicale 527

PROCEDURA 20-4 Gestione e rimozione del catetere vescicale 527

Irrigazione o lavaggio vescicale 529

Processo di nursing: Irrigazione o lavaggio vescicale 529

PROCEDURA 20-5 Irrigazione vescicale 529

Derivazione urinaria 531

Processo di nursing: Derivazione urinaria 532

PROCEDURA 20-6 Gestione dell'urostomia 532

Capitolo 21 **Assistenza all'eliminazione fecale 536**

Defecazione 536

Feci 536, Fattori che influenzano la defecazione 537

Padelle 539

Linee guida per l'utilizzo delle padelle 540

Processo di nursing: Padelle 540

PROCEDURA 21-1 Assistere il paziente nella gestione della padella 540

Clistere 542

Processo di nursing: Clisteri 543

PROCEDURA 21-2 Somministrare un clistere 543

Fecaloma 546

Rimozione manuale di un fecaloma 546

Processo di nursing: Fecaloma 547

PROCEDURA 21-3 Rimuovere un fecaloma 547

Stomie intestinali 548

Cura dello stoma e della cute 549

Processo di nursing: Stomie intestinali 550

PROCEDURA 21-4 Sostituire un presidio per stomie intestinali 550

Irrigazione di una colostomia 553

Capitolo 22 **Assistenza al paziente in dialisi peritoneale 557**

Dialisi peritoneale 557

Processo di nursing: Iniziare la dialisi peritoneale 558

PROCEDURA 22-1 Assistenza durante il posizionamento del catetere per dialisi peritoneale 558

Esecuzione della dialisi peritoneale 560

Processo di nursing: Eseguire la dialisi peritoneale 560

PROCEDURA 22-2 Assistenza durante la dialisi peritoneale 560

Unità 7 **Supporto circolatorio e ventilatorio 566**

Capitolo 23 **Prevenzione della stasi venosa 567**

Prevenire la stasi venosa 567

Calze antitrombo 567

Processo di nursing: Calze antitrombo 568

PROCEDURA 23-1 Applicare le calze antitrombo 568

Dispositivi di compressione sequenziale 570

Processo di nursing: Dispositivi di compressione sequenziale 570

PROCEDURA 23-2 Applicare un dispositivo di compressione sequenziale 570

Capitolo 24 **Esercizi respiratori 574**

Promuovere l'ossigenazione 574

Respirazione profonda e tosse 575

Processo di nursing: Respirazione profonda e tosse 576

PROCEDURA 24-1 Insegnare la respirazione addominale (diaframmatica) 576

Spirometria forzata 578

Processo di nursing: Spirometria forzata 579

PROCEDURA 24-2 Utilizzare lo spirometro a respirazione forzata 579

Capitolo 25 **Ossigenoterapia 583**

Ossigenoterapia 583

Norme di sicurezza per l'ossigenoterapia 584

Strumenti per la somministrazione di ossigeno 585

Cannula nasale 585, Maschera facciale 585, Tenda facciale 587, Catetere endotracheale 587

Processo di nursing: Dispositivi per la somministrazione di ossigeno 587

PROCEDURA 25-1 Somministrare ossigeno attraverso cannula nasale, maschera facciale o tenda facciale 587

Picco del flusso espiratorio 591

Processo di nursing: Picco del flusso espiratorio 591

PROCEDURA 25-2 Misurare il picco del flusso espiratorio 591

Ventilazione a pressione positiva non invasiva 592

Capitolo 26 **Aspirazione delle vie aeree 595**

Vie aeree orofaringea e nasofaringea 595

Tubi endotracheali 596

Tracheostomia 597

Aspirazione delle vie aeree superiori 597

Processo di nursing: Aspirazione delle vie aeree superiori 598

PROCEDURA 26-1 Aspirazione orofaringea, nasofaringea e nasotracheale 598

Aspirazione dalla tracheostomia o dal tubo endotracheale 601

Sistema di aspirazione aperto 601, Sistema di aspirazione chiuso 601, Complicanze dell'aspirazione 601

Processo di nursing: Aspirazione dalla tracheostomia o dal tubo endotracheale 602

PROCEDURA 26-2 Aspirazione dalla tracheostomia o dal tubo endotracheale 602

Capitolo 27 **Assistenza al paziente con tracheostomia 607**

Tracheostomia 607

Cannule tracheostomiche 607

Gestione della tracheostomia 608

Medicazione della tracheostomia 609

Processo di nursing: Tracheostomia 609

PROCEDURA 27-1 Gestire la tracheostomia 609

Umidificazione 613, Migliorare la comunicazione 613

Processo di nursing: Applicare una valvola per la fonazione a una cannula tracheostomica 614

PROCEDURA 27-2 Applicare una valvola per la fonazione a una cannula tracheostomica 614

Capitolo 28 **Assistenza al paziente in ventilazione meccanica 617**

Ventilazione meccanica 617

Caratteristiche dei ventilatori a pressione positiva 617, Complicanze della ventilazione meccanica 618

Processo di nursing: Assistenza al paziente collegato a un ventilatore meccanico 618

PROCEDURA 28-1 Assistenza al paziente collegato a un ventilatore meccanico 618

Estubare un paziente dal ventilatore 622

Processo di nursing: Svezamento del paziente dal ventilatore meccanico 623

PROCEDURA 28-2 Svezamento del paziente dal ventilatore meccanico 623

Estubazione 624

Capitolo 29 **Assistenza al paziente con drenaggio toracico 627**

Drenaggio toracico 627

Sistemi di drenaggio 628

Gestione del drenaggio toracico 630

Processo di nursing: Assistenza durante il posizionamento del drenaggio toracico 630

PROCEDURA 29-1 Assistenza durante il posizionamento del drenaggio toracico 630

Assistenza al paziente portatore di drenaggio toracico 633

Processo di nursing: Gestione del drenaggio toracico 633

PROCEDURA 29-2 Gestione del drenaggio toracico 633

Rimozione del drenaggio toracico 638

Processo di nursing: Rimozione del drenaggio toracico 638

PROCEDURA 29-3 Assistenza durante la rimozione del drenaggio toracico 638

Capitolo 30 **Manovre di emergenza sul paziente ospedalizzato 641**

Team di pronto intervento 641

Misure di emergenza 642

Ostruzione delle vie aeree 643

Processo di nursing: Ostruzione delle vie aeree 643

PROCEDURA 30-1 Liberare una via aerea ostruita 643

Arresto respiratorio 647

Processo di nursing: Arresto respiratorio 647

PROCEDURA 30-2 Effettuare le manovre respiratorie di emergenza 647

Assenza di polso e arresto cardiaco 652

Processo di nursing: Assenza di polso e arresto cardiaco 652

PROCEDURA 30-3 Effettuare il massaggio cardiaco esterno 652

Defibrillazione automatica esterna 656

Processo di nursing: Defibrillazione automatica esterna 656

PROCEDURA 30-4 Utilizzare il defibrillatore automatico esterno 656

Unità 8 Cura di ferite e lesioni 661

Capitolo 31 **Prevenzione e trattamento delle ferite e delle ulcere da pressione 662**

Tipi di ferite 662

Ulcere da pressione 663, Prevenzione delle ulcere da pressione 665

Processo di nursing: Valutare le ferite e le ulcere da pressione 667

PROCEDURA 31-1 Valutare le ferite e le ulcere da pressione 667

Medicazione delle ferite 670

Materiali per medicazioni 670, Sostituzione delle medicazioni 670

Processo di nursing: Medicazione delle ferite 672

PROCEDURA 31-2 Sostituire una medicazione asciutta 672

Medicazioni trasparenti per ferite 675

PROCEDURA 31-3 Applicare una medicazione trasparente sulla ferita 675

Medicazioni idrocolloidali 676

PROCEDURA 31-4 Applicare una medicazione idrocolloidale 676

Trattamento delle ferite 677

Irrigare una ferita 677

Processo di nursing: Irrigare una ferita 677

PROCEDURA 31-5 Irrigare una ferita 677

Irrigazione con acqua calda o semicupio 679

Processo di nursing: Irrigazione delle ferite con acqua calda circolante 679

PROCEDURA 31-6 Irrigazione delle ferite con acqua calda circolante 679

Impacchi della ferita 680

Processo di nursing: Effettuare impacchi sulla ferita 681

PROCEDURA 31-7 Sostituire una medicazione umida 681

Processo di nursing: Medicazioni con alginato di calcio 682

PROCEDURA 31-8 Utilizzare l'alginato di calcio sulle ferite 682

Applicare l'aspirazione negativa ad una ferita 684

Bende e fasciature 685

Processo di nursing: Bende e fasciature 685

PROCEDURA 31-9 Effettuare bendaggi e fasciature 685

Capitolo 32 **Assistenza ortopedica 692**

Gessi 692

Materiali costituenti il gesso 692, Materiali per l'imbottitura 693, Tipi di ingessature 693

Assistenza ai pazienti con ingessatura 694

Processo di nursing: Confezionare l'apparecchio gessato 695

PROCEDURA 32-1 Confezionare l'apparecchio gessato 695

Processo di nursing: Portatore di apparecchio gessato 697

PROCEDURA 32-2 Assistere il paziente portatore di apparecchio gessato 697

Trazione 700

Scopi della trazione 700, Tipi di trazione 700, Dispositivi per la trazione 700

Processo di nursing: Assistenza al paziente in trazione 703

PROCEDURA 32-3 Assistenza al paziente in trazione scheletrica 703

Ortesi 704

Capitolo 33 **Assistenza perioperatoria 708**

Preparazione di un paziente a un intervento chirurgico 709

Consenso preoperatorio 709, Valutazione preoperatoria 709, Pianificazione per l'assistenza a domicilio o ambulatoriale 710, Preparazione fisica 710

Educazione preoperatoria 713

Processo di nursing: Istruire il paziente nella fase preoperatoria 715

PROCEDURA 33-1 Istruire il paziente nella fase preoperatoria 715

Fase intraoperatoria 717

Asepsi chirurgica delle mani 717

Processo di nursing: Lavaggio chirurgico delle mani 718

PROCEDURA 33-2 Lavaggio chirurgico delle mani 718

Indossare camice sterile e guanti sterili 721

Processo di nursing: Indossare camice sterile e guanti sterili 721**PROCEDURA 33-3** Indossare camice sterile e guanti sterili (metodo chiuso) 721**Preparazione del paziente al postoperatorio 723****Fase postoperatoria 723**

Immediata assistenza postanestesia 723

Assistenza infermieristica postoperatoria continua 724

Aspirazione 724

Processo di nursing: Aspirazione gastrointestinale 728**PROCEDURA 33-4** Gestire l'aspirazione gastrointestinale 728

Trattamento delle ferite chirurgiche e medicazioni 731

Processo di nursing: Trattamento della ferita chirurgica e medicazioni 731**PROCEDURA 33-5** Trattare una ferita suturata e medicare una ferita con drenaggio 731

Trattamento delle ferite chirurgiche e aspirazione del drenaggio 734

Processo di nursing: Trattamento e aspirazione del drenaggio chirurgico 735**PROCEDURA 33-6** Gestione del drenaggio a circuito chiuso della ferita 735

Suture 736

Processo di nursing: Suture chirurgiche 738**PROCEDURA 33-7** Rimuovere le suture chirurgiche 738Capitolo 34 **Prendersi cura della persona nel fine vita 742****Come si riconosce che una persona è alla fine della vita 742****Sindrome della morte imminente 743****Definizione di morte 743****Pratiche religiose e culturali relative alla morte 743****Aiutare i pazienti ad affrontare la morte con dignità 744****Cure palliative 744****Processo di nursing: Assistenza alla persona malata nel fine vita 745****PROCEDURA 34-1** Rispondere ai bisogni fisiologici della persona malata nel fine vita 746**Processo di nursing: Bisogni psico-sociali e spirituali del paziente nel fine vita 749****PROCEDURA 34-2** Rispondere ai bisogni psico-sociali e spirituali della persona malata nel processo di fine vita e della sua famiglia 749**Assistenza post-mortem 753****Processo di nursing: Assistenza post-mortem 753****PROCEDURA 34-3** Erogare l'assistenza post-mortem 753**Supporto agli operatori sanitari 755**Appendice A **Risposte alle discussioni clinico-assistenziali e alle domande di verifica 759**

GLOSSARIO 805

INDICE ANALITICO 817

A. Berman • S. Snyder

Nursing clinico

Tecniche e procedure di Kozier

Accedi all'ebook e ai contenuti digitali > Espandi le tue risorse > con un libro che **non pesa** e si **adatta** alle dimensioni del tuo **lettore**



All'interno del volume il **codice personale** e le istruzioni per accedere alla versione **ebook** del testo e agli ulteriori servizi. L'accesso alle risorse digitali è **gratuito** ma limitato a **18 mesi dalla attivazione del servizio**.

