

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NELLA FASE DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Giuseppina Giavazzi

Coord. Infermieristico Rep. Riabilitazione estensiva
Piccolo Cottolengo Don Orione - Milano

PRESA IN CARICO Riabilitazione

RACCOMANDAZIONE 14.31 GRADO B

E' indicato che la riabilitazione del Paziente geriatrico con ictus sia coadiuvata da un processo di valutazione multidimensionale geriatrica

RACCOMANDAZIONE 15.3 GRADO D

Entro i primi giorni dall'ingresso nella struttura riabilitativa è indicato realizzare un bilancio delle condizioni cliniche e funzionali del soggetto colpito da ictus.... Devono essere valutate l'autonomia ed i parametri relativi alle abilità motorie e cognitive.

RACCOMANDAZIONE 15.2 GRADO D

E' indicato valutare la disabilità del Paziente prima e dopo il trattamento riabilitativo , mediante scale validate e di uso comune, come il Barthel Index e la FIM (Functional Independence Measure).

PRESA IN CARICO Riabilitazione

RACCOMANDAZIONE 15.7 GRADO C

E' indicato che il progetto riabilitativo sia il prodotto dell'interazione tra il Paziente, la sua famiglia ed il team interprofessionale..... Il team deve riunirsi periodicamente per identificare i problemi aperti, definire gli obiettivi riabilitativi più appropriati, valutare i progressi e pianificare la dimissione

RACCOMANDAZIONE 15.10 GRADO D

E' indicato programmare controlli longitudinali per verificare il raggiungimento degli obiettivi pianificati..... e valutare l'autonomia raggiunta dal Paziente nelle attività della vita quotidiana utilizzando il Barthel Index o FIM

RACCOMANDAZIONE 16.17 GPP (Good practice point)

La somministrazione almeno del MMSE (Mental State Examination) è indicata perché fornisce un indice di funzionamento cognitivo globale.

INQUADRAMENTO INFERMIERISTICO (Protocollo Clinico Assistenziale PRESA IN CARICO)

Infermiere 2° turno	Infermiere 1° turno
Entro 2/4 ore dall' arrivo in reparto	Entro 24 ore
<p>Prima accoglienza e accompagnamento in camera</p> <ul style="list-style-type: none">• Raccolta dei dati relativi ai BAI• Barthel Index modificato, pre-evento indice• ECG (da mandare a refertare con richiesta, previa visione del medico di guardia)• Profilo pressorio (glicemico solo se necessario) e /o altri parametri vitali utili per la valutazione dell' instabilità clinica, per almeno 3 giorni• MMSE• Impostazioni di eventuali schede di osservazione:<ul style="list-style-type: none">✓ diario minzionale,✓ rilevazione assorbenza presidi,✓ monitoraggio alvo✓ alimentazione✓ agitazione✓ sonno• Pianificazione dell' assistenza infermieristica nelle consegne degli operatori di supporto (mobilizzazione, igiene, eliminazione urinaria ed intestinale) solo laddove non si riuscisse ad effettuare la compilazione della scheda degli interventi assistenziali.	<p>Consegna Carta dei Servizi</p> <p>Valutazione infermieristica e pianificazione dell' assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none">• Barthel Index modificato (dopo valutazione dei BAI durante la mattinata)• Scala di Norton Plus (se punteggio Barthel = 0 < 70/100)• In caso di lesioni, compilazione del Push Tool• Rilevazione del peso corporeo (1° domenica di ricovero)• Compilazione scheda interventi assistenziali• Pianificazione mobilizzazione e bagno settimanale

INQUADRAMENTO INFERMIERISTICO (Protocollo Clinico Assistenziale PRESA IN CARICO)

Infermiere referente

Entro una settimana dall' ingresso	Durante il ricovero	Una settimana prima della dimissione
<p>Rivalutazione dei BAI:</p> <ul style="list-style-type: none">•Barthel Index modificato•Valutazione schede di osservazione aperte•Elaborazione pianificazione assistenziale (individuazione delle diagnosi infermieristiche e relativi obiettivi)•Rivalutazione scheda interventi assistenziali	<p>Aggiornamento cartella infermieristica e/o laddove si dovesse modificare la situazione assistenziale del Paziente rispetto agli obiettivi pianificati:</p> <ul style="list-style-type: none">•Verifiche intermedie pianificazione infermieristica•Verifica scheda interventi assistenziali•Barthel Index Modificato•Scala di Norton Plus (se punteggio Barthel = $0 < a < 70/100$)•MMSE se il precedente MMSE = $0 < a < 24/30$•Push Tool, se presenti lesioni	<p>Valutazione infermieristica:</p> <ul style="list-style-type: none">•Barthel Index Modificato•Scala di Norton Plus (se punteggio Barthel = $0 < a < 70/100$)•Push Tool, se presenti lesioni•MMSE se il precedente MMSE = $0 < a < 24/30$•Valutazione e chiusura obiettivi pianificati <p>Preparazione lettera di dimissione infermieristica</p>

CARTELLA INFERMIERISTICA

Documentazione infermieristica utilizzata per la registrazione di tutto il processo assistenziale, elaborata secondo il modello concettuale delle PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

E' composta da:

- **Anamnesi infermieristica integrata da scale di valutazione validate per specifici aspetti e schede di osservazione e monitoraggio ad uso degli operatori di supporto**
- **Analisi dei dati, individuazione dei problemi e pianificazione dei relativi obiettivi (utilizzo delle Diagnosi infermieristica NANDA)**
- **Pianificazione dell'assistenza infermieristica (SCHEDA DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI)**
- **Gestione procedure diagnostiche – terapeutiche (terapia e medicazioni)**
- **Valutazione degli obiettivi pianificati**
- **Scheda di dimissione infermieristica**

Sig.ra Giorgia Ingresso Riabilitazione 07/07/2011

ITEMS	INDICE DI BARTHEL					PRIMA DELL'EVENTO INDICE	INGRESSO RIAB. ESTENSIVA 07/07/2011
	Totale incapacità nel compiere l'azione	Necessità di aiuto importante	Richiede aiuto moderato e/o supervisione attiva	Richiede aiuto minimo	Totale indipendenza		
IGIENE PERSONALE	0	1	3	4	5	5	0
FARE IL BAGNO	0	1	3	4	5	5	0
MANGIARE	0	2	5	8	10	10	2
USARE IL WC	0	2	5	8	10	10	0
FARE LE SCALE	0	2	5	8	10	10	0
VESTIRSI	0	2	5	8	10	10	0
CONTROLLO URINE	0	2	5	8	10	10	0
CONTROLLO ALVO	0	2	5	8	10	10	0
CAMMINARE	0	3	8	12	15	15	0
TRASFERIMENTI	0	3	8	12	15	15	0
*CARROZZINA	0	3	8	12	15	15	0
					TOTALE	100	2

* SE INCAPACE DI CAMMINARE

ANAMENSI INFERMIERISTICA

BISOGNO DI ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

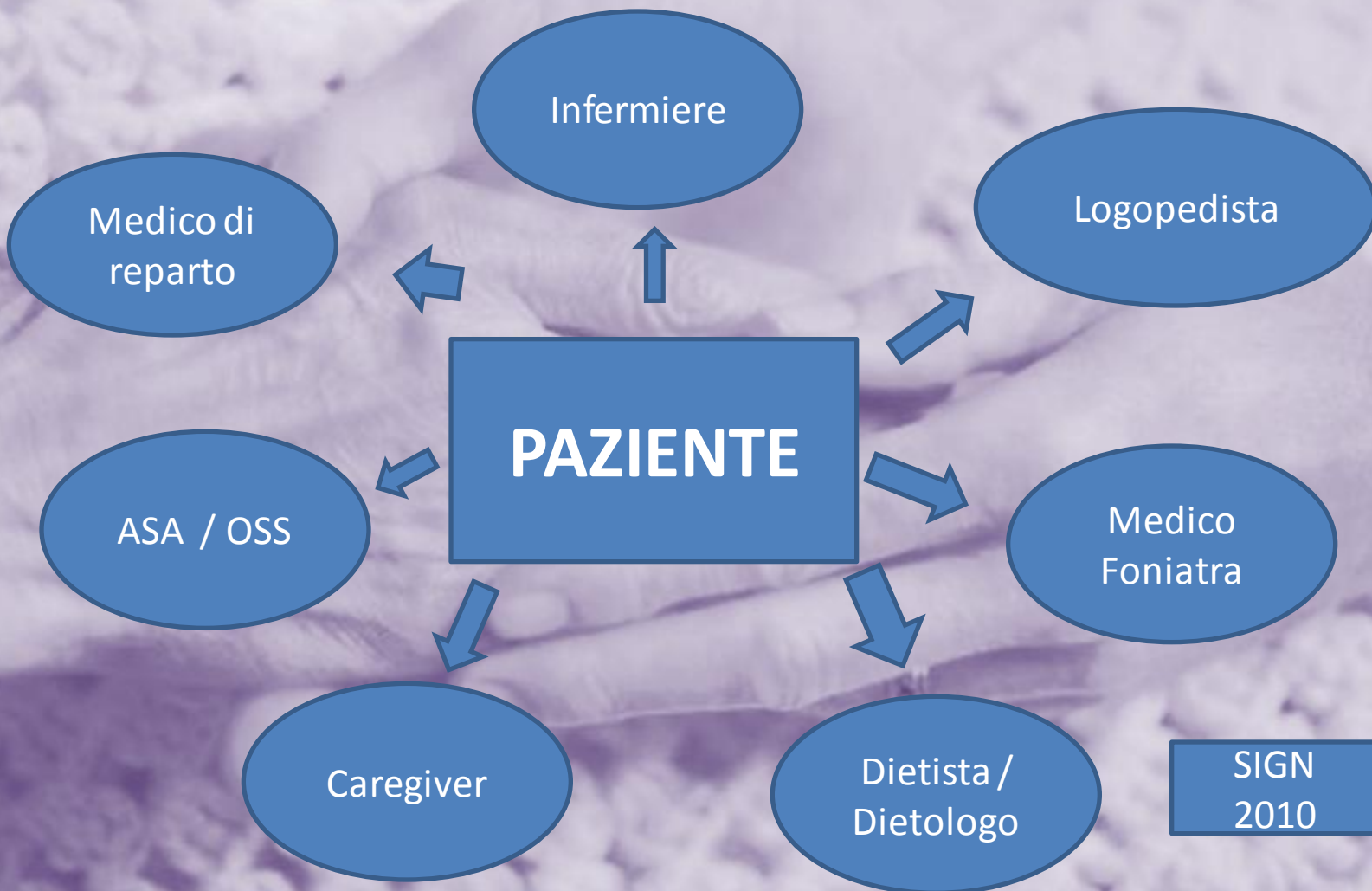
<i>Prima del ricovero</i>		
ALLERGIE / INTOLLERANZE	TIPO DI DIETA	QUANTITÀ LIQUIDI DIE E TIPO DI BEVANDA
Nessuna	Libera Con Cibi Morbidi	Circa 1000 MI Die, Assumeva Qualsiasi Tipo Di Bevanda
ASSUNZIONE FRUTTA E VERDURA Sia A Pranzo Sia A Cena In Discreta quantita' Visto la Coltivazione Propria		PREFERENZE ALIMENTARI Tutto Ciò Che è Biologico
<i>Ricovero</i>		
PESO Kg 63,700 VARIAZIONE PESO ULTIMI 3 MESI Nessuna Variazione		
APPETITO Diminuito Negli Ultimi Mesi, Dopo L' ictus		DENTATURA Portatrice Di Protesi Dentaria Arcata Superiore Ed Inferiore
DEGLUTIZIONE Disfagia Ai Liquidi E Solidi	NUTRIZIONE ENTERALE No	TIPO DI DIETA ED INDICAZIONI Consistenza semisolida Omogena, Liquidi Addensanti, Terapia Tritata Con Addensante, Evitare Doppie Consistenze
AUTONOMIA FUNZIONALE Emparesi Dx, Attualmente Non In Grado Di Alimentarsi In Autonomia		

BISOGNO DI ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

DATI SIGNIFICATIVI	Disfagia ai solidi e liquidi
PROBLEMA	Compromissione della deglutizione correlata a diminuzione del riflesso faringeo secondaria a ictus cerebrale
OBIETTIVO	Non avrà episodi di aspirazione
INTERVENTI (S)	Imboccamento Paziente secondo le indicazioni della logopedista (tipo di cibi e loro consistenza, tecniche di alimentazione) Monitoraggio segni e sintomi di un'eventuale aspirazione

LA GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

L'infermiere è ritenuto un professionista facente parte di un team multidisciplinare che consente una prima valutazione del problema, una gestione appropriata del problema e previene le complicanze



RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

L'INFERMIERE:

- 1) Deve effettuare la prima identificazione del problema e riferire agli esperti della deglutizione
- 2) Deve conoscere i fattori di rischio, i segni e sintomi della disfagia perché dati essenziali per la prima identificazione
- 3) Dovrà assicurarsi che la **struttura, la consistenza e il tipo di cibo**, solidi e liquidi, assunti dal Paziente disfagico corrispondano alla prescrizione

RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

L'INFERMIERE:

- 4) Deve assicurarsi che siano intraprese le **tecniche di alimentazione** raccomandate dagli specialisti ed essere a conoscenza delle tecniche di alimentazione sicura raccomandate per gli individui con disfagia neurogenica
- 5) Deve essere monitorata la quantità di cibo assunta per assicurare un'adeguata alimentazione e idratazione
- 6) Deve conoscere gli interventi per ridurre il rischio di aspirazione
- 7) Deve assicurarsi che tutti gli addetti all'assistenza abbiano le **conoscenze e abilità per alimentare in sicurezza l'individuo con disfagia**

INTERVENTI INFERMIERISTICI nel Paziente con Disfagia

Screening Disfagia "Water Swallow test"

Se lo stato di coscienza è buono e la tosse volontaria è normale procedere come segue:

Assicurarsi che il Paziente sia ben seduto,
sopporti la posizione e sia attento

Somministrare 5 ml acqua con un cucchiaino da the

SIGN 2010

No tosse involontaria con 5 ml di acqua

Somministrare 5 ml di frullato

10 ml di acqua in totale deglutizione
controllata da una tazza

Se nessun problema: Alimentazione con
assistenza e/ o osservazione

Se presenza di tosse o voce gorgogliante

Non somministrare
alimenti e liquidi per
bocca ma attivare
consulenti esperti
(logopedista - foniatra)

INTERVENTI INFERMIERISTICI nel Paziente con Disfagia

Far assumere una posizione idonea (posizione del tronco a 60° / 90° gradi)

Far assumere la posizione 10 - 15 minuti prima del pasto e farla mantenere almeno 10-15 minuti dopo che si è concluso

Far mantenere il capo flesso in avanti di circa 45° per mantenere pervio l'esofago

Preparare gli alimenti e / o verificare la consistenza dei cibi definita dal logopedista.

Sedersi di fianco al Paziente (Lato sano), alla stessa altezza degli occhi del Paziente

Mettere in pratica, laddove prescritto dal logopedista, specifiche manovre deglutitorie o modificazioni posturali

INTERVENTI INFERMIERISTICI nel Paziente con Disfagia

Far assumere piccole quantità di alimenti e poi progredire lentamente

Somministrare i liquidi secondo le indicazioni del logopedista

Osservare la deglutizione e controllare che la bocca si svuoti ad ogni boccone.

Osservare segni e sintomi di eventuale aspirazione (tosse, dispnea, voce gorgogliante...)

Mantenere sempre viva l'attenzione della Paziente all'attività che sta eseguendo

Rinforzare i comportamenti mediante indicazioni semplici

Eseguire igiene del cavo orale al termine del pasto

Identificazione e gestione infermieristica della disfagia nell'adulto con compromissione neurologica, EBN, 2000

BISOGNO DI ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

DATI SIGNIFICATIVI	Peso Stabile (63.7 kg), Appetito diminuito, disfagia ai liquidi e ai solidi, dati biochimici nella norma
PROBLEMA	Rischio di nutrizione e idratazione inferiori al fabbisogno correlata a disfagia e diminuzione dell'appetito
OBIETTIVO	Assumerà una dieta idonea mantenendo il suo peso corporeo attuale e presenterà la cute e le mucose sempre idratate
INTERVENTI (S → R)	Monitoraggio indici antropometrici, biochimici durante tutto l'arco delle degenza. Monitoraggio degli alimenti e dei liquidi assunti giornalmente

INTERVENTI INFERMIERISTICI

Valutazione dello stato nutrizionale della Paziente attraverso la rilevazione delle misure antropometriche (BMI → Body Mass Index) all'ingresso e durante il ricovero e utilizzo di scale validate per la valutazione della malnutrizione (MNA → Mini Nutritional Assessment)

Rilevazione dei parametri biumorali (albuminemia, prealbumina, transferrina, emoglobina...)

Elaborazione di una dieta personalizzata tenendo in considerazione le preferenze personali e una dieta bilanciata in collaborazione con la dietista, per stimolare l'appetito e favorire il giusto apporto dei vari alimenti

Monitorare l'introito dei liquidi e degli alimenti che assume giornalmente attraverso schede di monitoraggio / osservazione (Scheda di alimentazione)

Posizionare protesi dentarie per favorire la masticazione (laddove non vi è il rischio di aspirazione ed è indicato almeno una dieta tritata)

Eseguire igiene del cavo orale dopo il pasto

ATTIVITA' AFFIDATE AGLI OPERATORI DI SUPPORTO

SCHEDA ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

Cognome

Nome

DATA	COLAZIONE	PRANZO	MERENDA	CENA

Indicare nelle relative caselle la quantità e la qualità degli alimenti e dei liquidi che assume il Paziente durante l'arco della giornata

BISOGNO DI ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

DATI SIGNIFICATIVI	Emiparesi dx, Paziente destrimane
PROBLEMA	DEFICIT NELL'ASSUNZIONE DEGLI ALIMENTI correlata a deficit motorio secondario a emiparesi dx
OBIETTIVO	Assumerà giornalmente gli alimenti preparati sul vassoio incrementando il livello di autonomia in tale attività
INTERVENTI (S → R)	Addestramento della Paziente all'utilizzo dell'arto superiore sx per alimentarsi all'inizio con strumenti adattativi successivamente in autonomia

INTERVENTI INFERMIERISTICI

Favorire un ambiente idoneo all'alimentazione rispetto alle esigenze della Paziente (ambiente gradevole che consenta la socializzazione se gradita dalla Paziente)

Servire gli alimenti ad una giusta temperatura

Posizionare le protesi dentarie laddove indicato

Aiutare a disporre gli oggetti, aprire le confezioni, sistemare il tovagliolo, tagliare la carne

Fornire gli necessari strumenti adattativi per favorire l'indipendenza (es. posate con manico imbottito per una presa più sicura o posate con manico curvo, ventose sotto il piatto o la scodella per stabilizzarli.....)

Coinvolgere la Paziente e stimolare la sua partecipazione a tale attività

INTERVENTI ASSISTENZIALI

AZIONE	TIPO DI AZIONE	PRINCIPIO
Sostituire	Eseguire completamente una o più attività	La persona presenta una <u>inabilità</u> motoria e/o cognitiva; la sua capacità decisionale e collaborativa è assente o scarsa, pertanto la persona non riesce a svolgere l'attività.
Compensare	Fornire un aiuto parziale nell'esecuzione di una o più attività	La persona mantiene una <u>minima capacità</u> motoria/cognitiva e riesce a collaborare e/o eseguire una parte dell'attività
Sostenere	Fornire un rinforzo, un aiuto materiale; Supervisionare l'attività di vita e/o parte di essa	La persona mantiene una <u>discreta capacità</u> motoria e/o cognitiva per svolgere autonomamente l'attività, ma deve essere stimolata e supervisionata affinché possa svolgerla correttamente e in condizioni di sicurezza.
Indirizzo e Guida	Fornire un supporto informativo/conoscitivo per mantenere la capacità funzionale nelle varie attività di vita quotidiana. <i>Sono comunque effettuate le attività alberghiere quotidiane</i>	La persona pur avendo una <u>buona capacità</u> motoria e cognitiva, necessita di ulteriori conoscenze, indicazioni per la soddisfazione dei propri bisogni e per l'esecuzione delle attività di vita quotidiana in condizioni di sicurezza.

INTERVENTI ASISSTENZIALE	Ingresso Riabilitazione geriatrica 7/07/2011	Ingresso Riabilitazione Mantenimento 10/10/2011	Dimissione Riabilitazione 10/01/2012
Sostituzione (Aiuto Totale)	X		
Compensazione (Aiuto parziale)		X	
Sostegno (Supervisione e rinforzo con aiuto)			X
Indirizzo e Guida			
Autonomia			

VALUTAZIONE OBIETTIVI PIANIFICATI BISOGNO DI ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

Obiettivi pianificati	Valutazione obiettivo	Note
Non avrà episodi di aspirazione	Obiettivo raggiunto	La Paziente non ha presentato alcun episodio di aspirazione. Dopo un'adeguata terapia logopedica la Paziente assume una dieta con cibi morbidi e liquidi liberi anche durante il pasto
Assumerà una dieta idonea mantenendo il suo peso corporeo attuale	Obiettivo raggiunto	La Paziente ha mantenuto il suo peso corporeo stabile assumendo una dieta idonea al suo fabbisogno calorico (Peso alla dimissione 62 kg)
Assumerà giornalmente gli alimenti preparati sul vassoio incrementando il livello di autonomia in tale attività	Obiettivo raggiunto	La Paziente alla dimissione è in grado di alimentarsi autonomamente con cibi preparati sul vassoio senza strumenti adattativi

ANAMENSI INFERMIERISTICA BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA

Prima del ricovero	
CONTINENTE, NESSUN UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI	
AUTONOMIA FUNZIONALE	
Ricovero	
Incontinenza (Specificare il tipo)	Ausili / Presidi assorbenti utilizzati
INCONTINENZA TOTALE	PRESIDI ASSORBENTI A MUTANDINA
Assunzione di diuretici	Eventuali alterazioni urinarie
NESSUNO	NESSUNA
Portatrice di Catetere vescicale	Caratteristiche delle urine
RIMOSSO IN RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	GIALLO CHIARO E LIMPIDE
Autonomia funzionale	
NON IN GRADO DI RAGGI UNGERE IL BAGNO AUTONOMAMENTE	

BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA

DATI SIGNIFICATIVI	Incontinenza totale, portatrice di presidi assorbenti, MMSE all'ingresso non somministrabile per afasia espressiva
PROBLEMA	Incontinenza Urinaria Correlata A Perdita Del Controllo Sfinterico Secondario A Ictus
OBIETTIVO	Urinerà nel presidio assorbente mantenendo la cute asciutta ed integra ad ogni ispezione
INTERVENTI (S)	Monitoraggio rilevazione assorbenza presidi assorbenti Applicazione di presidi assorbenti secondo quanto definito dalle indicazioni infermieristiche

INTERVENTI INFERMIERISTICI

Effettuare un'anamnesi sulla continenza/incontinenza del Paziente che includa anche la valutazione delle abilità motorie e delle abilità cognitive (MMSE)

Identificare e registrare il tipo di incontinenza del Paziente, anche sulla base dei dati clinici individuati dal medico.

Programmare e supervisionare un **diario minzionale** del Paziente per un minimo di tre giorni e un massimo di quindici.

Iniziare, **se appropriato**, un programma individualizzato di **svuotamento guidato** basato sui bisogni di eliminazione dell'Ospite, come definito dal diario minzionale di almeno tre giorni.

Valutare e scegliere il presidio assorbente più appropriato alla situazione dell'Ospite programmando una **rilevazione dell'assorbenza dei presidi**

Realizzare gli interventi assistenziali per il mantenimento o il trattamento dell'incontinenza:

- accompagnare in bagno agli orari programmati e/o su richiesta degli ospiti
- applicare i presidi assorbenti così come indicato dopo la rilevazione

Promuovere la continenza, RNAO, 2005

ATTIVITA' AFFIDATE AGLI OPERATORI DI SUPPORTO

SCHEDA RI LEVAZIONE ASSORBENZA PRESI DI

Cognome Nome

Orario							
Presidio							

Data							
Ora							
Pannolone trovato →							
Assorbenza rilevata →							
Rilevatore							

Data							
Ora							
Pannolone trovato →							
Assorbenza rilevata →							
Rilevatore							

Data							
Ora							
Pannolone trovato →							
Assorbenza rilevata →							
Rilevatore							

LEGENDA SCHEDA RILEVAZIONE PRESIDI ASSORBENTI

PANNOLONE TROVATO:

Indicare la **sigla** del presidio assorbente facendo riferimento alla **legenda presidi**

ASSORBENZA RILEVATA

INDICARE:

A Se asciutto completamente

Se bagnato indicare il numero corrispondente alla scomparsa dell'indicatore:

1 Scomparsa dell'indicatore posteriore

2 Scomparsa dell'indicatore anteriore

3 Scomparsa dell'indicatore centrale (se slip)

4 scomparsa di tutti gli indicatori (posteriori ed anteriori)

5 Nessuno indicatore nonostante sia bagnato

AGGIUNGERE

C Se anche i vestiti sono bagnati (se a letto, anche le lenzuola)

F Se presenza di feci con o senza urine

RILEVATORE:

Indicare le iniziali del cognome e del nome (operatore che cambia il presidio assorbente ed effettua la rilevazione)

ANAMENSI INFERMIERISTICA

BISOGNO DI ELIMINAZIONE INTESTINALE

Prima del ricovero		
CONTINENTE		
Alterazioni alvo	Frequenza alvo	Altri accorgimenti / Abitudini per favorire l'evacuazione (farmaci, liquidi, frutta, verdura, orari...)
STIPSI CRONICA	1 VOLTA OGNI DUE GIORNI CIRCA	PRUGNE ALLA SERA ED ERBE NATURALI (ERBORISTERIA), SALTUARIAMENTE CLIMSA FLEET SI SCARICAVA PREVALENTEMENTE AL MATTINO A DIGIUNO
Fattori correlati a stipsi		
EMORROIDI con presenza di dolore	AUTONOMIA FUNZIONALE PRIMA DEL RICOVERO	
Ricovero		
Alvo	Frequenza alvo	
I NCONTI NENZA FECALE E STI PSI	SI SCARICA QUOTIDIANAMENTE	
	Ultima evacuazione 9/10/2011	
Ausili / Presidi assorbenti utilizzati	Accorgimenti favorenti l'evacuazione	
PRESI DI ASSORBENTI A MUTANDINA	LASSATI VI OSMOTICI	
Autonomia funzionale		
NON I N GRADO DI RAGGI UNGERE I L BAGNO I N AUTONOMI A PER DI SABI LITA' MOTORI A		

BISOGNO DI ELIMINAZIONE INTESTINALE

DATI SIGNIFICATIVI	Incontinenza totale, portatrice di presidi assorbenti, stipsi cronica
PROBLEMA	Incontinenza Fecale Correlata A Mancato Controllo Dello Sfintere Secondario A Ictus
	Stipsi Correlata A Immobilita' Secondaria A Ictus
OBIETTIVO	Evacuerà nel presidio assorbente almeno una volta ogni due giorni con feci morbide e formate
INTERVENTI (S)	Monitoraggio alvo quotidiano Valutazione presidi assorbenti adeguati Aumento fibre e idratazione e somministrazione lassativi

INTERVENTI INFERMIERISTICI

Aumentare il consumo di frutta e verdura durante i pasti

Stimolare l'idratazione (almeno 1500 ml die) e ridurre il consumo di caffè

Monitorare l'evacuazione giornaliera attraverso schede di osservazione

Verificare la presenza di fecalomi

Cercare di stabilire comunque un orario regolare per l'evacuazione

Valutare l'assunzione di lassativi e favorire l'assunzione di ciò che assumeva al domicilio, laddove possibile

Garantire la privacy durante l'evacuazione o durante il cambio dei presidi assorbenti

Prevenzione della stipsi nella popolazione
anziana, RNAO, 2005

ATTIVITA' AFFIDATE AGLI OPERATORI DI SUPPORTO

MONITORAGGIO EVACUZIONE








Mese di

Data	Mattina	Pomeriggio	Notte	Eventuali Note
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

LEGENDA
per la compilazione della scheda
MONITORAGGI O EVACUAZIONE

CONSISTENZA DELLE FECI

Scala di Bristol

Type 1		1. Feci caprine dure (o fecalomi)
Type 2		2. Feci formate dure
Type 3		3. Feci formate con superficie crepata
Type 4		4. Feci formate morbide
Type 5		5. Feci caprine morbide
Type 6		6. Feci semiliquide e/o mucose
Type 7		7. Feci liquide

QUANTITÀ

A	Assente	
B	+	< 150 ml
C	++	150 ml
D	+++	> 150 ml

Scala Di Bristol

INTERVENTI ASSISTENZIALE BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE

INTERVENTI ASSISTENZIALE	Ingresso Riabilitazione geriatrica 7/07/2011	Ingresso Riabilitazione Mantenimento 10/10/2011	Dimissione Riabilitazione 10/01/2012
Sostituzione (Aiuto Totale)	X	X	X
Compensazione (Aiuto parziale)			
Sostegno (Supervisione e rinforzo con aiuto)			
Indirizzo e Guida			
Autonomia			

VALUTAZIONE OBIETTIVI PIANIFICATI BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE

Obiettivi pianificati	Valutazione obiettivo	Note
Urinerà nel presidio assorbente mantenendo la cute asciutta ed integra ad ogni ispezione	Obiettivo raggiunto	La Paziente ha sempre presentato la cute asciutta ed integra ad ogni cambio programmato del presidio assorbente, definito periodicamente dalla rilevazione dell'assorbenza dei presidi. Presidi utilizzati → Presidi assorbenti sagomati
Evacuerà nel presidio assorbente almeno una volta ogni due giorni con feci morbide e formate	Obiettivo raggiunto	La Paziente ha evacuato regolarmente nel presidio assorbente (presidi assorbenti slip), circa una volta ogni due giorni, assumendo lassativi osmotici e saltuariamente dopo l'effettuazione di clisma fleet

ANAMNESI INFERMIERISTICA BISOGNO DI MOVIMENTO

Prima del ricovero		
Autonoma, nessun ausilio o presidio utilizzato		
Ricovero		
FORZA MUSCOLARE Emiparesi dx	TONO MUSCOLARE Flaccidità arto superiore dx Ipertono arto inferiore dx che condiziona il carico	COORDINAZIONE Normale, nessun movimento involontario presente
ANDATURA Non valutabile	EQUILIBRIO Non Valutabile	POSTURA Parziale controllo del tronco in carrozzina bascula, lateropulsione dx
AUSILI Carrozzina Bascula		PRESIDI Reggibraccio dx
PRESENZA DI LESIONI DA DECUBITO Cute integra		EMINIGLIGENZA Non presente

BISOGNO DI MOVIMENTO

DATI SIGNIFICATIVI	Emiparesi dx con flaccidità arto superiore ed ipertono arto inferiore. Non presente eminegligenza. Incontinenza urinaria e fecale, Indice di Norton plus 10/ 20 (eseguito in data 8/07/2011) .
PROBLEMA	Compromissione della mobilità nel letto correlata a riduzione della forza muscolare secondaria a emiparesi dx
OBIETTIVO	Eseguirà i movimenti nel letto in autonomia (posizione laterale dx e sx) al termine delle degenza senza sviluppare lesioni da decubito.
INTERVENTI (S → R)	Programma di mobilizzazione passiva a letto Utilizzo di presidi facilitanti la movimentazione al letto Addestramento della Paziente all'utilizzo dei presidi

INTERVENTI INFERMIERISTICI

- **Valutazione del rischio di lesioni da decubito (Indice di Norton Plus) e posizionamento di materasso antidecubito laddove rischio elevato (Punteggio = / < 10/20 elevato rischio di lesioni da decubito)**
- **Valutazione dell'assorbenza dei presidi assorbenti ad intervalli regolari**
- **Variazione del decubito quando a letto, secondo specifiche indicazioni infermieristiche**
- **Trattamento riabilitativo finalizzato alla ripresa della forza muscolare**
- **Alla ripresa di una buona forza muscolare (programma riabilitativo individuale) educazione della Paziente all'utilizzo dell'arto superiore sx**
- **Posizionamento di presidi quali staffa e spondine per $\frac{3}{4}$ della lunghezza del letto per consentire alla Paziente di girarsi in autonomia (dopo valutazione delle funzioni cognitive)**

ATTIVITA' AFFIDATE AGLI OPERATORI DI SUPPORTO

SCHEDA MOBILIZZAZIONE

Cognome Nome

Indicazioni per la mobilizzazione

Data								
Ora	Dec.	Op.						
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Legenda:

- Decubito supino → S
- Decubito prono → P
- Decubito laterale sx → LS
- Decubito laterale dx → LD
- Seduto in carrozzina → SC
- Seduto a letto → SL

BISOGNO DI MOVIMENTO

DATI SIGNIFICATIVI	Non valutabile l'andatura e l'equilibrio (Tinetti non somministrabile) per impossibilità di mantenere la stazione eretta, ipertono arto inferiore dx che condiziona il carico
PROBLEMA	Compromissione della capacità di trasferirsi da letto / carrozzina e viceversa correlata a riduzione della forza muscolare secondaria a ictus
OBIETTIVO	Si trasferirà dal letto alla carrozzina con un minimo aiuto da parte di un operatore
INTERVENTI (S → C)	Utilizzo di ausili maggiori e successivamente di ausili minori per facilitare il trasferimento. Trattamento riabilitativo finalizzato al rinforzo muscolare (controllo del tronco e mantenimento stazione eretta) e iniezione di tossina botulinica. Addestramento della Paziente ai trasferimenti

BISOGNO DI MOVIMENTO

INTERVENTI INFERMIERISTICI

**Sollevatore
meccanico**



Cintura ergonomica e pedana girevole



SOSTITUZIONE → Utilizzo di sollevatore meccanico e due operatori

COMPENSO E SOSTEGNO → Utilizzo di pedana girevole e cintura ergonomica

BISOGNO DI MOVIMENTO

DATI SIGNIFICATIVI	Impossibile mantenere la stazione eretta, mobilizzata in bascula, parziale controllo del tronco, non si sposta in autonomia
PROBLEMA	Compromissione della deambulazione correlata a riduzione della forza muscolare secondaria a ictus
OBIETTIVO	Userà correttamente e in sicurezza gli ausili per il movimento
INTERVENTI(S → R)	Valutazione della corretta postura in bascula Spostamenti garantiti dagli operatori Trattamento riabilitativo finalizzato ad una ripresa del controllo del tronco. Addestramento all'uso di carrozzina da transito

BISOGNO DI MOVIMENTO

INTERVENTI INFERMIERISTICI

Carrozzina Bascula



SOSTITUZIONE

Carrozzina da transito monoguida



COMPENSO E SOSTEGNO

INTERVENTI ASSISTENZIALI BISOGNO DI MOVIMENTO

INTERVENTI ASSISTENZIALE	Ingresso Riabilitazione geriatrica 7/07/2011	Ingresso Riabilitazione Mantenimento 10/10/2011	Dimissione Riabilitazione 10/01/2012
Sostituzione (Aiuto Totale)	X		
Compensazione (Aiuto parziale)		X	X (Spostamenti brevi tratti con carrozzina → Sostegno)
Sostegno (Supervisione e rinforzo con aiuto)			
Indirizzo e Guida			
Autonomia			

VALUTAZIONE OBIETTIVI PIANIFICATI BISOGNO DI MOVIMENTO

Obiettivi pianificati	Valutazione obiettivo	Note
Eseguirà i movimenti nel letto in autonomia (posizione laterale dx e sx) al termine delle degenza senza sviluppare lesioni da decubito.	Obiettivo raggiunto	La Paziente è in grado di eseguire i movimenti nel letto in autonomia utilizzando le spondine. Non ha sviluppato lesioni da decubito
Si trasferirà dal letto alla carrozzina con un minimo aiuto da parte di un operatore	Obiettivo raggiunto	La Paziente è in grado di eseguire i trasferimenti senza l'utilizzo di ausili con l'aiuto di una persona
Userà correttamente e in sicurezza gli ausili per il movimento	Obiettivo raggiunto	La Paziente si sposta in autonomia con la carrozzina monoguida per brevi tratti. Per lunghi tratti necessita dell'aiuto di una persona

ANAMNESI INFERMIERISTICA

BISOGNO DI INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE

Abitudini prima del ricovero	
LINGUAGGIO VERBALE Conservato	STATO DI COSCIENZA Lucido e orientato
Ricovero	
STATO DI COSCIENZA Vigile Orientata spazio / tempo / nel Sè	LINGUAGGIO VERBALE Afasia espressiva
VISTA Portatrice di occhiali per leggere	UDITO Normoacusica
PARTECIPAZIONE COLLOQUIO Comprende le domande ma partecipa con difficoltà visto l'afasia espressiva	RISPONDE ALLE DOMANDE IN MODO Risponde in parte la paziente ed in parte la figlia alle domande relative all'anamnesi infermieristica
CONSAPEVOLEZZA DELLO STATO DI SALUTE Sembra essere consapevole del proprio stato di salute perchè durante il colloquio spesso piange non essendo in grado di esprimersi come vorrebbe. Secondo la Figlia la Paziente accetta poco la sua situazione clinica assistenziale	CONDIZIONE PSICOLOGICA Depressione in trattamento farmacologico

BISOGNO DI COMUNICAZIONE

DATI SIGNIFICATIVI	Afasia espressiva, MMSE non somministrabile, depressione, non accettazione del proprio stato di salute
PROBLEMA	Compromissione della comunicazione correlata ad alterazioni della funzionalità motoria dei muscoli del linguaggio secondaria a ictus
OBIETTIVO	Riuscirà ad esprimere i propri bisogni relazionandosi con tutta l'equipe assistenziale utilizzando anche metodi di comunicazione alternative, per quanto indicato dal logopedista
INTERVENTI	Lasciar esprimere liberamente alla Paziente i propri bisogni senza fretta, sapendo ascoltare Fornire strumenti adattativi quali lettere alfabeto, carta e penna Trattamento logopedico

INTERVENTI INFERMIERISTICI

BISOGNO DI COMUNICAZIONE

Garantire un ambiente tranquillo alla comunicazione

Parlare alla persona in modo distinto e chiaro standole davanti

Dare direttive non complicate che prevedano un passo alla volta

Dare il tempo alla Paziente di esprimersi e non avere fretta; dare il tempo di rispondere, non interrompere, suggerire le parole solo occasionalmente

Ripetere i messaggi ad alta voce per convalidarli

Rispondere a tutti i tentativi di dialogo anche qualora siano poco comprensibili

Ignorare gli errori e l'eventuale uso di parole sconvenienti

Fornire metodi di comunicazione alternativi (lettere dell' alfabeto, segnali con le mani, i segnali prodotti da un campanello, cartelloni con figure o con parole che compongono frasi di uso frequente.....)

Coinvolgimento del caregiver

VALUTAZIONE OBIETTIVI PIANIFICATI BISOGNO DI COMUNICAZIONE

Obiettivi pianificati	Valutazione obiettivo	Note
Riuscirà ad esprimere i propri bisogni relazionandosi con tutta l'equipe assistenziale utilizzando anche metodi di comunicazione alternative, per quanto indicato dal logopedista	Obiettivo parzialmente raggiunto raggiunto	La paziente, al termine della degenza, è in grado di esprimere i propri bisogni in modo chiaro e comprensibile avendo migliorato la propria capacità comunicativa dopo un terapia logopedica. Durante la degenza ha sempre comunicato i propri bisogni utilizzando metodi alternativi in accordo con tutti gli operatori dell'equipe assistenziale MMSE al termine della degenza 23/27. E' stato però attivato una presa in carico da parte della psicologa per difficoltà di accettazione del proprio stato di salute

SCHEDA INTERVENTI ASSISTENZIALI

Attività attribuite agli Operatori di supporto

BISOGNO DI IGIENE E VESTIZIONE

	A	R	C	S	<input type="checkbox"/> 1 operatore <input type="checkbox"/> Doccia Assistita <input type="checkbox"/> Barella Doccia	<input type="checkbox"/> 2 operatori <input type="checkbox"/> Comoda doccia <input type="checkbox"/> Bagno a letto
Bagno/ Capelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IGIENE QUOTIDIANA					<input type="checkbox"/> 1 operatore	<input type="checkbox"/> 2 operatori
Perineale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Letto
Tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Letto
Mani/viso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Letto
Cavo orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Protesi Dentaria <input type="checkbox"/> Sup <input type="checkbox"/> Inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Protesi Acustica <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Occhiali <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pettinarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Taglio unghie piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Taglio unghie mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vestizione superiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vestizione inferiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
TUTORE						
Arti inferiori	<input type="checkbox"/>	Dx		<input type="checkbox"/>	Sx	
Arti superiori	<input type="checkbox"/>	Dx		<input type="checkbox"/>	Sx	
Calze elastiche	<input type="checkbox"/>	Dx		<input type="checkbox"/>	Sx	

SCHEDA INTERVENTI ASSISTENZIALI

Attività attribuite agli Operatori di supporto

BISOGNO DI MOVIMENTO

DEAMBULAZIONE		A	R	C	S	Bastone Canadese		Girello	Tripode	Carrozzina	Bascula
Brevi Tratti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio-Lunghi Tratti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spostamenti all'esterno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASFERIMENTI/ POSIZIONAMENTI		A	R	C	S	1 op.	2 op.	Telino	Cintura ergonomica	Pedana	Sollevatore
Letto-Carrozzina-Pos. eretta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tecnica a perno						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tecnica - appoggio frontale						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cambio posturale a letto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Materasso Antidecubito						<input type="checkbox"/> Cuscino Antidecubito					

SCHEDA INTERVENTI ASSISTENZIALI

Attività attribuite agli Operatori di supporto

BISOGNO DI SICUREZZA

<input type="checkbox"/> Spondine letto	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Metà lunghezza
	<input type="checkbox"/> Sx	<input type="checkbox"/> Metà lunghezza
<input type="checkbox"/> Letto basso	<input type="checkbox"/> Allontanare ostacoli	<input type="checkbox"/> Calze antiscivolo durante il riposo
<input type="checkbox"/> Divaricatore	<input type="checkbox"/> Tavolino Carrozzina	<input type="checkbox"/> Cintura da letto
<input type="checkbox"/> Cintura pelvica	<input type="checkbox"/> Fascia pettorale	<input type="checkbox"/> Fascia addominale

BISOGNO DI ELIMINAZIONE URINARIA ED INTESTINALE

	A	R	C	S	Wc	Assorbente	Padella	Comoda	Alzawater
Minzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evacuazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene post minzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Igiene post evacuazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

ITEMS	INDICE DI BARTHEL					PRIMA DELL' EVENTO INDICE	GERIATRICA RIAB.	MANTENIMENTO RIAB.	DIMISSIONE RIAB.
	0	1	3	4	5				
IGIENE PERSONALE	0	1	3	4	5	5	0	3	4
FARE IL BAGNO	0	1	3	4	5	5	0	3	3
MANGIARE	0	2	5	8	10	10	2	5	8
USARE IL WC	0	2	5	8	10	10	0	5	5
FARE LE SCALE	0	2	5	8	10	10	0	0	0
VESTIRSI	0	2	5	8	10	10	0	5	5
CONTROLLO URINE	0	2	5	8	10	10	0	0	0
CONTROLLO ALVO	0	2	5	8	10	10	0	0	0
CAMMINARE	0	3	8	12	15	15	0	0	0
TRASFERIMENTI	0	3	8	12	15	15	0	3	8
*CARROZZINA	0	3	8	12	15	15	0	3	5
TOTALE						100	2	27	38

* SE INCAPACE DI CAMMINARE

DIMISSIONE INFERMIERISTICA

Riabilitazione estensiva

**Previsto rientro al domicilio con PROBLEMI APERTI nei seguenti
Bisogni di assistenza infermieristica:**

Bisogno igiene e vestizione

Bisogno di movimento

Bisogno di eliminazione urinaria ed intestinale

Bisogno di alimentazione

Bisogno di ambiente sicuro

Bisogno di comunicazione

Bisogno di mantenimento funzione cardiocircolatoria

Bisogno di comunicazione

Procedure diagnostiche / terapeutiche

**ATTIVAZIONE 6 SETTIMANE PRIMA DEL RIENTRO AL DOMICILIO
DELL'INFERMIERE CASE MANAGER PER ORGANIZZAZIONE
DIMISSIONE PROTETTA.**

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE !**



BIBLIOGRAFIA

Assistenza al paziente neurologico, Helen Iggulden, Edizione italiana di Alvisia Palese, McGraw-Hill 2007

Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche, seconda edizione, Casa editrice Ambrosiana, 2004

Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC , Casa di cura Ambrosiana, 2005

Assessment infermieristico approccio orientato alla persona, Giovanna Artioli, Patrizia Copelli, Poletto Editore 2005

La documentazione infermieristica, Monica Casati, McGraw-Hill, 2005

Il modello delle prestazioni infermieristiche, Marisa Cantarelli, edizione Masson, 1997

