

La raccolta dati per la diagnosi infermieristica

S. Geatti¹, L. Feltrin²

¹Presidente Edtna-Erca Filiale Italiana

²Tutor, Corso di Laurea in Infermieristica
Università di Padova, Mirano (Venezia)

Caso clinico

Nel Reparto di Nefrologia viene ricoverata B.M. di anni 71, a seguito di una visita ambulatoriale a causa del peggioramento delle condizioni cliniche post trapianto di rene avvenuto 10 anni fa. Gli esami ematochimici eseguiti in Reparto, confermano l'insufficienza renale (azotemia 250 mg/dL, creatinina 4.2 mg/dL, potassiemia 5.2 mEq/L). Durante l'accertamento infermieristico, la paziente dichiara che ultimamente non ha seguito le indicazioni relative all'assunzione dei farmaci e alle prescrizioni dietetiche a causa del recente decesso del marito sofferente di Alzheimer da circa 10 anni. La paziente vive da sola, e malgrado la situazione, prima riusciva ad assistere il marito che era a domicilio con il supporto dell'unica figlia, disponibile nelle ore del mattino.

I valori della pressione arteriosa ortostatica risultano essere 190/100 mmHg, la FC 108 batt/min. con aritmia.

La paziente è alta 153 cm e pesa 78 kg con un indice di massa corporea compreso tra 35 e 39.9 pari ad obesità di 2° livello, con un incremento ponderale negli ultimi tre mesi di circa 4 kg come riferito dalla paziente, che sostiene di essere ingrassata. La paziente beve regolarmente ad ogni pasto, 3 bicchieri di vino rosso mentre l'assunzione di acqua corrisponde a circa 1 L/die, afferma di soffrire di stipsi (evacua 1 volta ogni tre gg) e di avere notato una contrazione urinaria nell'ultimo mese. Riferisce inoltre di riposare molto poco (massimo circa 5 ore a notte), in relazione anche ai frequenti risvegli accompagnati da ansia percepita, legata al recente lutto. Per tale motivo da allora assume anche saltuariamente, allo scopo di rilassarsi, dei superalcolici.

La paziente si presenta lucida e orientata; verbalizza debolezza nella deambulazione che risulta instabile; gli spostamenti avvengono con il supporto di terzi o con l'ausilio di bastone anche se l'uso determina senso di impotenza e vergogna. All'esame obiettivo sull'arto inferiore destro è presente una ferita superficiale da trauma di circa 2 cm di diametro (medicata con garza grassa) con vistoso ematoma anche in zona trocanterica conseguente a una caduta nel bagno del proprio domicilio due giorni prima. Al tatto riferisce dolore valutato con scala Vas 7/10. È anche evidente ipoacusia bilaterale che limita la paziente nelle relazioni.

Al momento del ricovero viene eseguito ECG per marcata aritmia; viene riferita saltuaria dispnea e sono presenti edemi declivi ad entrambi gli arti inferiori.

La paziente dimostra una tendenziale sfiducia nei confronti del personale sanitario, oltre a definirsi preoccupata per il suo stato di salute; è oggettivamente una moderata ansia che si manifesta con voce tremante, mani sudate e crisi di pianto (come riferito dalla paziente stessa) in relazione all'attuale situazione clinica oltre che al recente lutto.

Il caso clinico sopra riportato, rappresenta uno fra gli strumenti di esercitazione più utilizzati per implementare la metodologia della pianificazione assistenziale di Carpenito (2006). Essa a sua volta si basa sul noto modello delle *Diagnosi Infermieristiche* elaborato da Gordon negli anni Settanta.

La procedura fa riferimento, per la definizione dei problemi assistenziali reali o potenziali, a elementi disfunzionali di 11 modelli di salute (Tab. I).



TABELLA I - MODELLI FUNZIONALI DI SALUTE SECONDO GORDON

Percezione e gestione della salute

Modello di salute e di benessere percepito dalla persona
Comportamento generale nei confronti della salute (come la persona gestisce la sua salute, pratiche di prevenzione...)
Adesione alle prescrizioni mediche e infermieristiche
Stato o condizioni di salute in rapporto alla formulazione di piani per il futuro

Fisico Nutrizionale-metabolico

Consumo di alimenti e bevande in relazione al fabbisogno metabolico
Appetito, tipi, quantità e preferenze di alimenti/bevande
Lesioni cutanee e capacità di cicatrizzazione
Indicatori dello stato nutrizionale (condizione cute, capelli, peso, aumento, diminuzione...)

Eliminazione

Modello di funzione escretoria (eliminazione intestinale/urinaria e loro cambiamenti, problemi di controllo)
Abitudini, mezzi e ausili che la persona adotta
Uso di farmaci

Attività-esercizio

Esercizio fisico, attività fisiche, tempo libero, svaghi, sport
Capacità di svolgere le attività di vita quotidiana (cura di sé, gestione della casa, spesa, cucina, lavoro...)
fattori che interferiscono con attività fisica

Sonno-riposo

Modello di sonno, riposo e rilassamento
Percezione della qualità e quantità del proprio riposo
Livello di energia (sentirsi o meno in forze)
Aiuti e problemi relativi al sonno
Uso di farmaci

Cognitivo-percettivo

Adeguatezza delle modalità sensoriali (vista, gusto, udito...)
Percezione e trattamento nell'ambito cognitivo
Capacità funzionali nell'ambito cognitivo (linguaggio, memoria...)
Disagio riferito

Percezione di sé e concetto di sé

Atteggiamenti verso se stessi, senso del proprio valore
Percezione delle proprie capacità
Immagine corporea, identità, modello emozionale generale

Ruolo-relazioni

Impegni di ruolo (familiari, lavorativi sociali)
Percezione delle proprie responsabilità, grado di soddisfazione

Sessualità-riproduzione

Soddisfazione o disturbi nel campo della sessualità, identità sessuale
Storia mestruale, riproduttiva (pubertà, menopausa e problemi legati...)
Modello riproduttivo (desiderio di avere figli, uso di contraccettivi...)

Coping-tolleranza allo stress

Modo generale di affrontare le situazioni di stress e sua efficacia
Capacità percepita di gestire le situazioni
Capacità e risorse personali su cui potere sempre contare
Numero di eventi stressanti accaduti nell'ultimo anno

Valori-convinzioni

Valori, scopi, credenze che guidano le scelte
Pratiche spirituali
Percezione di conflitti fra i propri valori e allo stato di salute



Sono previsti alcuni steps formali che devono essere seguiti in logica successione:

- Raccolta dati per l'accertamento
- Individuazione della diagnosi infermieristica
- Individuazione degli obiettivi
- Pianificazione degli interventi
- Valutazione dei risultati

Sul caso sopra descritto è necessario quindi sviluppare per prima cosa un adeguato accertamento.

Per affrontare questa parte della pianificazione si suggerisce di documentarsi sui seguenti riferimenti bibliografici:

1. Zampieron A. La pianificazione dell'assistenza infermieristica al paziente affetto da insufficienza renale reperibile sul sito della Filiale Italiana Edtna-Erca <http://www.edtna-erca.it/> (sezione "Documenti e Pubblicazioni"). L'autrice fornisce indicazioni sintetiche sul metodo Carpenito.
2. Carpenito LJ. Diagnosi Infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica, CEA, 2006 cap. 1 pagg. 3-76. Spiegazione analitica della metodologia nel manuale riferimento.

Si proceda quindi con la prima parte dell'esercizio. Viene richiesto di assegnare (con una **X** nella casella corrispondente), le voci sotto riportate al modello funzionale di salute appropriato e alla categoria corretta: dato soggettivo (**S**) oppure oggettivo (**O**).



Esercitazione Parte Seconda

È possibile a questo punto nella Tabella sottostante, sulla base dei dati inseriti, contrassegnare se il modello di salute risulta alterato, non alterato o a rischio di alterazione

TABELLA RIEPILOGATIVA

Modelli funzionali di salute	Non alterato	Alterato	A rischio di alterazione
Percezione e gestione della salute Fisico Nutrizionale-metabolico Eliminazione Attività-esercizio Sonno-riposo Cognitivo-percettivo Percezione di sé e concetto di sé Ruolo-relazioni Sessualità-riproduzione Coping -tolleranza allo stress Valori-convinzioni			

Indirizzo degli Autori:

S. Gaetti, MD
 Università di Padova
 Mirano, Venezia
 sgeatti@ulss7.it

La soluzione corretta alle esercitazioni è a pag. 52