

PERCORSO INFERMIERI

LEZIONE 8

Questionario 8.0 – Parte I

Manovra di Heimlich nel paziente adulto cosciente: riordinare le azioni in sequenza logica e cronologica

- 1- posizionare la parte piatta della mano chiusa a pugno nella zona appena sopra l'ombelico, sotto il processo xifoideo
- 2- valutare l'efficacia: se risolto, confortare il paziente e i familiari e annotare l'accaduto in cartella infermieristica
- 3- cingere la vita del paziente con le braccia
- 4- chiudere una mano a pugno
- 5- piegare la base del pollice sopra il pugno chiuso della stessa mano
- 6- posizionarsi dietro al paziente, in piedi o in ginocchio
- 7- informare il paziente sulla manovra
- 8- valutare l'efficacia
- 9- posizionare lateralmente la testa rispetto a quella del paziente
- 10- effettuare una spinta nell'addome del paziente verso l'alto
- 11- se non efficace, ripetere le compressioni con movimenti separati e completi fino a risoluzione o perdita di coscienza
- 12- ricercare i segni e i sintomi di soffocamento
- 13- posizionare il pollice sopra le dita chiuse a pugno della stessa mano
- 14- escludere uno stato gravidico
- 15- afferrare con l'altra mano il pugno

La sequenza corretta è:

- 1-ricercare i segni e i sintomi di soffocamento
- 2-escludere uno stato gravidico
- 3-informare il paziente sulla manovra
- 4-posizionarsi dietro al paziente, in piedi o in ginocchio
- 5-posizionare lateralmente la testa rispetto a quella del paziente
- 6-cingere la vita del paziente con le braccia
- 7-chiudere una mano a pugno
- 8-posizionare il pollice sopra le dita chiuse a pugno della stessa mano
- 9-piegare la base del pollice sopra il pugno chiuso della stessa mano
- 10-posizionare la parte piatta della mano chiusa a pugno nella zona appena sopra l'ombelico, sotto il processo xifoideo
- 11-afferrare con l'altra mano il pugno

12-effettuare una spinta nell'addome del paziente verso l'alto

13-valutare l'efficacia

14-se non efficace, ripetere le compressioni con movimenti separati e completi fino a risoluzione o perdita di coscienza

15-valutare l'efficacia: se risolto, confortare il paziente e i familiari e annotare l'accaduto in cartella infermieristica

La manovra di Heimlich è una rapida procedura di primo soccorso per trattare il soffocamento a causa dell'ostruzione delle vie aeree superiori da parte di corpi estranei. Essa prende il nome dal Medico statunitense Henry Heimlich, che per primo la descrisse nel 1974. Può e deve essere praticata anche da persone senza preparazione medica, ma in tal caso è sempre raccomandabile chiamare senza esitazione il servizio di primo soccorso. Vista l'efficacia nel disostruire le vie aeree superiori, la manovra è diffusa e insegnata a gran parte della popolazione con programmi pratici diffusi principalmente nelle scuole e nei luoghi di lavoro. La corretta sequenza di azioni inizia con il ricercare i segni di soffocamento, quali tosse, impossibilità di parlare e il gesto di portare le mani alla gola: quest'ultimo è il segno di soffocamento universalmente riconosciuto. In caso di adulto donna, è necessario escludere lo stato di gravidanza: in questo caso la Manovra di Heimlich si esegue con diversa modalità che tra poco spiegheremo. In questa situazione di estrema urgenza è fondamentale comunicare con il paziente, rassicurandolo su ciò che si andrà a fare. La manovra si effettua posteriormente al paziente, in piedi o in ginocchio, con la testa posizionata lateralmente alla sua, in modo da evitare eventuali collisioni. Una volta dietro, si procede con il cingere la vita del paziente con le braccia, come per chiuderlo in un abbraccio. L'operatore a questo punto chiuderà una mano a pugno, posizionando il pollice sopra le dita chiuse, piegherà poi la base del pollice, posizionando la parte piatta della mano appena sopra l'ombelico, sotto il processo xifoideo. Con l'altra mano, di solito quella non dominante, chiuderà il pugno. Nel momento in cui è accertata la stabilità della posizione, l'operatore effettuerà una spinta nell'addome del paziente verso l'alto, senza comprimere la gabbia toracica, in maniera forte e veloce, e valutandone immediatamente l'efficacia. Se la prima compressione non è stata in grado di rimuovere il corpo estraneo, è necessario ripetere le compressioni con movimenti separati e completi fino a risoluzione o perdita di coscienza: in quest'ultimo caso la manovra verrà effettuata con differenti modalità. L'insegnamento e l'esecuzione della manovra non sono più raccomandati per il soccorritore laico in caso in cui la vittima sia priva di coscienza: in tal caso, al comune cittadino, è concesso solo di rimuovere eventuali corpi estranei presenti in bocca. Risolta la situazione di emergenza, l'operatore rassicura il paziente e i familiari e annota l'accaduto sulla cartella clinico-infermieristica: data, ora di effettuazione della procedura, cause dell'ostruzione e reazione del paziente all'intervento. È importante anche descrivere il tipo di procedura, il tempo in cui il paziente non ha respirato, il tipo e la dimensione del corpo estraneo. Annotare quindi i parametri vitali, le complicazioni che si sono presentate e i trattamenti prescritti. Le nuove Linee Guida di European Resuscitation Council raccomandano che la manovra iniziale sia costituita da cinque percussioni del dorso tra le scapole, eseguite con il palmo della mano, seguite da 5 compressioni addominali; se inefficaci, continuare alternando 5 percussioni dorsali e 5 compressioni addominali. È possibile praticare la manovra di Heimlich anche su se stessi, utilizzando la stessa tecnica: una mano è chiusa a pugno e collocata contro il proprio addome, mentre l'altra l'afferra e la spinge verso l'alto con una serie di spinte, finché non si liberano le vie aeree. In alternativa è possibile

sostituire il pugno con l'apice di una spalliera o un oggetto simile. La manovra di Heimlich può essere praticata anche sulle donne in gravidanza. In tali casi, però, le mani dovrebbero essere posizionate leggermente più in alto, subito sotto lo sterno, ma pur sempre sull'addome e mai sulla gabbia toracica. Per i pazienti in età pediatrica l'European Resuscitation Council dedica un capitolo a parte. Il principio base di non nuocere dovrebbe essere sempre applicato, ad es. se un bambino riesce a respirare e tossire, anche se con difficoltà, bisogna incoraggiare i suoi sforzi. Non bisogna intervenire in questo frangente, poiché un intervento potrebbe spostare il corpo estraneo e peggiorare il problema, ad es. causando un'ostruzione completa delle vie aeree. Se il bambino è cosciente, ma la tosse è assente o inefficace, effettuare i colpi interscapolari. Se i colpi interscapolari non risolvono l'ostruzione da corpo estraneo, effettuare compressioni toraciche nei lattanti o compressioni addominali nei bambini. Queste manovre creano una "tosse artificiale" che aumenta la pressione intratoracica e determina la dislocazione del corpo estraneo. Per effettuare i colpi interscapolari nel lattante, posizionare il lattante in posizione prona con la testa più declive rispetto al tronco, per consentire alla forza di gravità di favorire l'espulsione del corpo estraneo. Il soccorritore seduto o inginocchiato deve sostenere il bimbo sulle proprie cosce in sicurezza, sostenendo la testa del lattante, ponendo il pollice di una mano all'angolo della mandibola, e uno o due dita della stessa mano sull'angolo mandibolare controlaterale. Non si deve comprimere i tessuti molli sotto-mandibolari poiché questo peggiora l'ostruzione delle vie aeree. Effettuare quindi fino a cinque colpi interscapolari con la parte inferiore del palmo di una mano sul dorso della vittima tra le scapole: l'obiettivo è quello di eliminare l'ostruzione a ogni colpo, piuttosto che arrivare ad effettuarli tutti e cinque. Per i colpi interscapolari nel bambino oltre un anno d'età, invece, risultano più efficaci se il bambino è posizionato con il capo in posizione declive, ma un bambino piccolo può essere posizionato sulle cosce del soccorritore come il lattante. Se questo non è possibile, si può sostenere il bambino in una posizione inclinata in avanti e somministrare i colpi interscapolari da dietro. Se i colpi interscapolari non riescono a dislocare il corpo estraneo e il bimbo è ancora cosciente, è indicato iniziare le compressioni toraciche per i lattanti e quelle addominali per i bambini. Non si devono utilizzare le compressioni addominali (manovra di Heimlich) nei lattanti. Le compressioni toraciche nel lattante si effettuano con il lattante in posizione supina con il capo declive: questo si ottiene, in modo sicuro, ponendo il proprio braccio libero lungo la schiena del bambino e circondando l'occipite con la mano. Si sostiene il lattante col proprio braccio appoggiato sulla coscia (o trasversalmente rispetto ad essa) e, identificato il punto di repere per le compressioni toraciche (sulla metà inferiore dello sterno, approssimativamente un dito sopra il processo xifoideo), si eseguono cinque compressioni toraciche; queste sono simili a quelle che si eseguono per il massaggio cardiaco, ma sono più brusche e applicate a un ritmo più lento. Per le compressioni addominali nei bambini oltre 1 anno di età si procede come nell'adulto. Dopo l'esecuzione delle compressioni toraciche o addominali, è necessario rivalutare il bambino. Se il corpo estraneo non è stato espulso e il bambino è ancora cosciente, si prosegue con la sequenza dei colpi interscapolari e delle compressioni toraciche (nei lattanti) o addominali (nei bambini). Si deve chiamare o far chiamare aiuto se ancora non è intervenuto. Se il corpo estraneo è espulso con successo, controllare le condizioni cliniche del bambino. E' possibile che parte dell'oggetto rimanga nel tratto respiratorio e causi complicazioni; se si ha qualunque dubbio cercare assistenza medica. Le compressioni addominali possono provocare lesioni interne, perciò tutte le vittime trattate in questo modo dovrebbero essere valutate da un medico.



(European Resuscitation Council, 2015)

Somministrazione di un farmaco per via oftalmica: riordinare le azioni in sequenza logica e cronologica

- 1- lavare le mani e osservare le procedure di controllo delle infezioni
- 2- chiedere al paziente di orientare lo sguardo verso l'alto
- 3- far assumere al paziente una posizione comoda, preferibilmente sdraiata
- 4- esporre il sacco congiuntivale inferiore ponendo il pollice o le dita della mano non dominante sull'osso zigomatico del paziente appena sotto l'occhio e tirare delicatamente la cute sulla guancia
- 5- verificare l'identità del paziente
- 6- conservare il farmaco, se non contaminato, come da indicazioni fornite dalla casa farmaceutica. Annotare la somministrazione nella STU
- 7- preparare il materiale necessario: guanti monouso, garze/tamponi sterili, Soluzione Fisiologica 0,9% sterile
- 8- smaltire i rifiuti
- 9- rimuovere i guanti e procedere al lavaggio sociale delle mani
- 10- verificare la prescrizione medica, la scadenza e la corretta formulazione del farmaco
- 11- chiedere al paziente di chiudere l'occhio senza strizzarlo. Per i farmaci in forma liquida, premere con fermezza o far premere al paziente sul dotto nasolacrimale per almeno 30''
- 12- tenere il farmaco nella mano dominante, poggiandola sulla fronte del paziente per stabilizzarla. Instillare il farmaco nel sacco congiuntivale esterno inferiore, ponendo attenzione a non contaminarlo
- 13- indossare i guanti
- 14- provvedere alla privacy del paziente, informandolo sulla prestazione
- 15- detergere la palpebra e le ciglia con garze sterili imbevute di Soluzione Fisiologica 0,9% dall'angolo interno verso l'esterno

La sequenza corretta è:

- 1-verificare la prescrizione medica, la scadenza e la corretta formulazione del farmaco
- 2-preparare il materiale necessario: guanti monouso, garze/tamponi sterili, Soluzione Fisiologica 0,9% sterile
- 3-lavare le mani e osservare le procedure di controllo delle infezioni
- 4-verificare l'identità del paziente
- 5-provvedere alla privacy del paziente, informandolo sulla prestazione
- 6-far assumere al paziente una posizione comoda, preferibilmente sdraiata
- 7-indossare i guanti
- 8-detergere la palpebra e le ciglia con garze sterili imbevute di Soluzione Fisiologica 0,9% dall'angolo interno verso l'esterno
- 9-chiedere al paziente di orientare lo sguardo verso l'alto
- 10-esporre il sacco congiuntivale inferiore ponendo il pollice o le dita della mano non dominante sull'osso zigomatico del paziente appena sotto l'occhio e tirare delicatamente la cute sulla guancia
- 11-tenere il farmaco nella mano dominante, poggiandola sulla fronte del paziente per stabilizzarla. Instillare il farmaco nel sacco congiuntivale esterno inferiore, ponendo attenzione a non contaminarlo
- 12-chiedere al paziente di chiudere l'occhio senza strizzarlo. Per i farmaci in forma liquida, premere con fermezza o far premere al paziente sul dotto nasolacrimale per almeno 30''
- 13-smaltire i rifiuti

14-rimuovere i guanti e procedere al lavaggio sociale delle mani

15-conservare il farmaco, se non contaminato, come da indicazioni fornite dalla casa farmaceutica.

Annotare la somministrazione nella STU

Oltre a tutte le verifiche richieste per la somministrazione di qualsiasi farmaco (verificare la prescrizione medica, la scadenza e la corretta formulazione del farmaco), l'infermiere, prima di somministrare i farmaci oftalmici, deve valutare l'aspetto dell'occhio e delle strutture circostanti per evidenziare la presenza di lesioni, essudati, eritemi o gonfiori. Vista la necessità di verificare e interpretare lo stato del paziente e l'impiego della tecnica sterile, la somministrazione dei farmaci oftalmici non è attribuibile al personale di supporto. Si procede quindi alla preparazione del materiale vicino al letto del paziente e al lavaggio delle mani, insieme all'osservanza delle procedure per il controllo delle infezioni. Come prima azione è buon uso, dopo aver verificato l'identità del paziente, presentarsi e spiegargli che cosa si sta facendo, perché è necessaria la terapia e come lui può collaborare. La somministrazione dei farmaci oftalmici, di solito, non procura dolore. Gli unguenti normalmente non provocano disagio all'occhio, anche se alcuni preparati liquidi, inizialmente possono risultare irritanti. Si provvede quindi alla privacy del paziente. La posizione più indicata da fargli assumere sarebbe quella sdraiata o seduta con la testa iperestesa all'indietro. Dopo aver indossato i guanti, detergere la palpebra e le ciglia con garze sterili imbevute di Soluzione Fisiologica allo 0,9%, dall'angolo interno verso l'esterno: se non rimossi, i corpuscoli che si trovano sulle palpebre e sulle ciglia rischiano di entrare nell'occhio. Effettuando la procedura dall'interno verso l'esterno, si previene la contaminazione dell'altro occhio e del dotto lacrimale. Adesso l'occhio è pronto ad accogliere efficacemente il farmaco. L'Infermiere chiede al paziente di fissare il soffitto, offrendogli un tampone sterile: è meno probabile che la persona chiuda gli occhi guardando verso l'alto. Quando il paziente guarda verso l'alto, la cornea è parzialmente protetta dalla palpebra superiore. Il tampone è necessario dopo l'instillazione del liquido per premere sul dotto nasolacrimale o per prevenire l'assorbimento sistemico o per rimuovere un eccesso di unguento dalle ciglia. Si espone quindi il sacco congiuntivale inferiore, ponendo il pollice o le dita della mano non dominante sull'osso zigomatico del paziente, appena sotto l'occhio e si tira delicatamente la cute sulla guancia. Se i tessuti sono edematosi, è consigliato toccarli con cautela per evitare di danneggiarli. Posizionando le dita sull'osso zigomatico, si riduce la possibilità di toccare la cornea, si evita di esercitare una pressione sul bulbo oculare e si impedisce che il paziente chiuda l'occhio. Nella mano dominante si tiene il collirio, poggiandola sulla fronte del paziente per stabilizzarla. Si procede quindi ad instillare il giusto numero di gocce nel sacco congiuntivale esterno inferiore. Il contagocce deve restare a circa 1-2 cm sopra il sacco congiuntivale così da evitare di contaminarlo toccando le ciglia o la cornea. La possibilità che il paziente chiuda l'occhio è inferiore se questo viene avvicinato lateralmente. Il farmaco instillato nel sacco congiuntivale non danneggia la cornea, rispetto a quando viene direttamente instillato nell'occhio. Una volta instillato il farmaco, è utile chiedere al paziente di chiudere l'occhio senza strizzarlo. Per i farmaci in forma liquida, è indicato premere con fermezza o far premere al paziente sul dotto nasolacrimale per almeno 30'': queste precauzioni permettono un miglior assorbimento del farmaco. Terminata la procedura, l'Infermiere smaltisce correttamente i rifiuti, rimuove i guanti e appone la sua firma nella scheda di terapia unica. Conserva quindi il collirio in frigo una volta aperto. È bene ricordare che molti colliri che contengono antibiotici e che si preparano al momento del primo utilizzo, andranno poi conservati in frigorifero ed avranno una durata limitata: all'incirca 72 ore.

Controllare quindi sempre nel foglietto illustrativo eventuali norme particolari di conservazione. Anche i colliri utilizzati per semplici irritazioni oculari vanno rinnovati dopo circa 20-30 giorni dall'apertura del flacone. La data di scadenza riportata sulla confezione si riferisce sempre al prodotto sigillato e ben conservato. Esistono molti tipi di collirio, classificati in base al principio attivo funzionale contenuto nella preparazione, alla frequenza d'applicazione ed alla durata della terapia. I colliri antistaminici e decongestionanti sono indicati per la cura delle allergie stagionali e delle reazioni allergiche a farmaci od altre sostanze. I colliri contro la secchezza oculare sono invece arricchiti con sostanze umettanti, indispensabili per garantire all'occhio il giusto grado d'umidità. I colliri antibiotici/antivirali sono soluzioni acquose arricchite da principi attivi antibiotici od antivirali. Questi tipi di colliri trovano indicazione per tutte le patologie oftalmiche caratterizzate da infezione batterica o virale accertata. I colliri arricchiti con principi attivi steroidei sono indicati in caso di fenomeni flogistici gravi, non risanabili attraverso altri farmaci dall'azione più moderata. I colliri per la cura del glaucoma sono preparazioni farmacologiche finalizzate alla riduzione della pressione intraoculare, poiché il glaucoma è un disturbo caratterizzato da un'alterazione della pressione all'interno nell'occhio. I colliri ad effetto midriatico, infine, sono utilizzati principalmente per scopi diagnostici, in quanto riescono a dilatare la pupilla per favorire l'esame delle strutture oculari. Sono talvolta utilizzati anche nella terapia decongestionante nel contesto di congiuntivite.

(Berman, Snyder, 2016)

Raccolta di un campione urinario da sistema di drenaggio chiuso tipo Foley: riordinare le azioni in sequenza logica e cronologica

- 1- annotare la prestazione in cartella infermieristica
- 2- rimuovere il morsetto di chiusura del catetere precedentemente applicato circa 8 cm al di sotto dell'apertura
- 3- provvedere alla privacy del paziente, informandolo sulla prestazione
- 4- indossare i guanti
- 5- provvedere alla etichettatura e all'invio dei campioni
- 6- aspirare la quantità di urina necessaria a seconda della tipologia di esame e trasferirla nel contenitore idoneo
- 7- evitare di contaminare il contenitore
- 8- smaltire i rifiuti, rimuovere i guanti e procedere al lavaggio sociale delle mani
- 9- inserire l'ago della siringa nell'area autosigillante con un angolo di circa 30-45°
- 10- lavare le mani e osservare le procedure di controllo delle infezioni
- 11- verificare la prescrizione medica
- 12- preparare il materiale necessario: guanti monouso, garze sterili/tamponi, disinfettante, siringa sterile, ago sterile, contenitore di raccolta
- 13- verificare l'identità del paziente
- 14- pulire l'area in cui verrà inserito l'ago con garza o tampone imbevuti di disinfettante
- 15- se nel catetere non è presente urina, chiuderlo per almeno 30' circa 8 cm al di sotto dell'apertura

La sequenza corretta è:

- 1-verificare la prescrizione medica
- 2-preparare il materiale necessario: guanti monouso, garze sterili/tamponi, disinfettante, siringa sterile, ago sterile, contenitore di raccolta
- 3-lavare le mani e osservare le procedure di controllo delle infezioni
- 4-verificare l'identità del paziente
- 5-provvedere alla privacy del paziente, informandolo sulla prestazione
- 6-indossare i guanti
- 7-se nel catetere non è presente urina, chiuderlo per almeno 30' circa 8 cm al di sotto dell'apertura
- 8-pulire l'area in cui verrà inserito l'ago con garza o tampone imbevuti di disinfettante
- 9-inserire l'ago della siringa nell'area autosigillante con un angolo di circa 30-45°
- 10-aspirare la quantità di urina necessaria a seconda della tipologia di esame e trasferirla nel contenitore idoneo
- 11-evitare di contaminare il contenitore
- 12-rimuovere il morsetto di chiusura del catetere precedentemente applicato circa 8 cm al di sotto dell'apertura
- 13-smaltire i rifiuti, rimuovere i guanti e procedere al lavaggio sociale delle mani
- 14-provvedere alla etichettatura e all'invio dei campioni
- 15-annotare la prestazione in cartella infermieristica

L'analisi delle urine può essere necessaria per la valutazione delle patologie delle vie urinarie e dei reni. I campioni urinari vengono inviati in differenti laboratori a seconda della condizione che il Medico

vuole indagare. Per diagnosticare le infezioni delle vie urinarie, si esegue un'urinocoltura, ovvero la coltura dei batteri presenti in un campione di urina. Le colture di batteri non rientrano nelle normali analisi delle urine e vanno inviate al Laboratorio di Microbiologia. Il campione di urina deve essere ottenuto in maniera sterile o inserendo per breve tempo un catetere vescicale. Le analisi delle urine vengono anche eseguite per rilevare e misurare il livello di numerose sostanze, come proteine, glucosio, chetoni, emazie, ecc. Questo si può ottenere da un semplice esame chimico-fisico delle urine. Talvolta, i risultati dei test sono confermati da esami delle urine più sofisticati e accurati condotti in laboratorio. Il campione di urina può essere analizzato al microscopio alla ricerca della presenza di globuli rossi e bianchi, cristalli e cilindri, così chiamati perché prendono la forma dei tubuli renali in cui si formano quando le cellule urinarie, le proteine o entrambe vengono precipitate nei tubuli e passate nelle urine. In condizioni fisiologiche, le proteine nelle urine (proteinuria) devono essere assenti. A seconda della causa, la proteinuria può essere continua o intermittente. La proteinuria può verificarsi in realtà, anche dopo un'attività fisica intensa, ma è solitamente un segno di patologia renale. Piccole quantità di proteine nell'urina possono essere un primo segno di danno renale dovuto al diabete. Quantità così ridotte non possono essere individuate con le strisce reattive. In questi casi, l'urina dovrà essere raccolta nell'arco di 12-24 ore ed essere analizzata in laboratorio. Il glucosio nelle urine (glicosuria) può essere individuato accuratamente con le strisce reattive. La causa più diffusa di glicosuria è il diabete mellito, ma l'assenza di glucosio non significa che il soggetto non è affetto da diabete, ma bensì che è ben controllato. Inoltre, la presenza di glucosio non indica necessariamente la presenza di diabete o di un altro problema. La chetonuria è un termine che sta a significare la presenza di chetoni nelle urine. I chetoni si formano quando l'organismo consuma i grassi. Le urine possono contenere chetoni per denutrizione, diabete mellito non controllato e, occasionalmente, dopo un abuso di alcol. Il sangue nelle urine (ematuria) è evidenziabile con le strisce reattive e confermato dall'esame al microscopio e da altri esami. A volte la quantità di sangue contenuta nelle urine è sufficiente per renderlo visibile anche a occhio nudo e il colore diventa rosso o bruno. Elevati livelli di nitriti indicano un'infezione delle vie urinarie. L'esterasi leucocitaria è un segno di infiammazione, che si verifica più comunemente a causa di un'infezione delle vie urinarie, poiché si tratta di un enzima presente in alcuni globuli bianchi. Alcuni cibi, gli squilibri chimici e i disturbi metabolici possono modificare il pH delle urine, altro parametro rilevabile con un semplice esame chimico-fisico. La concentrazione urinaria (chiamata anche osmolalità o gravità specifica) può variare ampiamente in base allo stato di idratazione del soggetto, alla quantità di liquidi ingerita e ad altri fattori. Talvolta la concentrazione delle urine è importante anche per poter diagnosticare un'anomalia della funzionalità renale. Il sedimento nelle urine può essere esaminato al microscopio e fornire informazioni circa una possibile patologia dei reni e delle vie urinarie. Normalmente l'urina contiene una piccola quantità di cellule e di altri residui derivanti dall'interno delle vie urinarie. Di solito, in presenza di una patologia renale o delle vie urinarie, nel sedimento sono visibili molte cellule di sfaldamento dopo centrifugazione o lasciando sedimentare l'urina. La raccolta di un campione di urine in un paziente autonomo può essere delegata al paziente stesso, previa istruzione sulla corretta procedura sterile o pulita e sulle norme igieniche da eseguire prima del mitto urinario. In caso di paziente allettato, in diuresi spontanea, l'Infermiere provvede al prelievo in modalità sterile o pulita del campione non appena il paziente percepisca lo stimolo ad urinare. Nel caso in cui, però, il paziente non è collaborante, non ha autonomia di movimento o soffre di incontinenza urinaria per cui non riesce a trattenere le urine, è necessario eseguire un cateterismo estemporaneo. In un paziente con catetere

vescicale, sia esso a permanenza, sia esso estemporaneo solo per il tempo previsto per il prelievo di urine, l'Infermiere procede come segue: innanzi tutto, verifica la richiesta medica e, una volta appurata la correttezza, procede a preparare il materiale necessario: guanti monouso, garze sterili/tamponi, disinfettante, siringa sterile, ago sterile, contenitore di raccolta. Lava le mani e osserva le procedure di controllo delle infezioni. Quindi si reca in stanza e verifica l'identità del paziente, provvede alla sua privacy e lo informa sulla prestazione. Indossa i guanti prima di eseguire la procedura. Non è necessario utilizzare guanti sterili. Se nel catetere non è presente urina, l'Infermiere lo chiude per almeno 30' circa 8 cm al di sotto dell'apertura, attraverso un morsetto che solitamente è compreso nel kit della sacca di raccolta. Una volta trascorso il tempo necessario per la formazione di una minima quantità di urina, pulisce l'area del tubo in cui verrà inserito l'ago con garza o tampone imbevuti di disinfettante. Inserisce quindi l'ago della siringa nell'area autosigillante del tubo del CV con un angolo di circa 30-45° e aspira la quantità di urina necessaria a seconda della tipologia di esame, trasferendola nel contenitore idoneo: in questa fase deve porre particolare attenzione a non contaminare il contenitore. Chiuso il contenitore, l'Infermiere si ricorda di rimuovere il morsetto di chiusura del catetere precedentemente applicato, in modo da permettere all'urina di refluire: in caso contrario, il paziente potrebbe lamentare tenesmo vescicale da impossibilità meccanica di svuotare la vescica. Al termine, l'Infermiere smaltisce i rifiuti, rimuove i guanti e procede al lavaggio delle mani. È infine responsabilità dell'Infermiere provvedere alla corretta etichettatura e al corretto invio dei campioni. Annota, quindi, la prestazione in cartella infermieristica.

(Berman, Snyder, 2016)

Rilevazione della PA all'ammissione in degenza: riordinare le azioni in sequenza logica e cronologica

- 1- con l'altra mano rilevare il polso radiale
- 2- attendere 1-2' e ripetere la misurazione nello stesso braccio e, successivamente, nell'altro braccio
- 3- controllo del corretto funzionamento e della corretta misura del bracciale
- 4-verificare l'identità del paziente
- 5- chiudere la valvola del manicotto
- 6- posizionarsi il fonendoscopio e collocare l'amplificatore del fonendoscopio sull'arteria brachiale nello spazio antecubitale
- 7- annotare il parametro in cartella infermieristica e comunicare al Medico eventuali anomalie
- 8- eseguire lavaggio delle mani
- 9- terminata la procedura, pulire il fonendoscopio, rimuovere i guanti ed eseguire il lavaggio sociale delle mani
- 10- avvolgere il bracciale, applicando il centro della camera direttamente sull'arteria brachiale, circa 2,5 cm sopra lo spazio antecubitale
- 11-gonfiare la cuffia dello sfigmomanometro fino a 30 mmHg al di sopra del punto in cui il polso brachiale scompare
- 12- rilasciare la valvola della cuffia lentamente affinché la pressione diminuisca di 2-3 mmHg al secondo
- 13- eseguire la pulizia del fonendoscopio
- 14- posizionare il paziente in modo adeguato e scoprire l'arto superiore
- 15- informare il paziente riguardo la procedura, verificando pregressi interventi di mastectomia (se donna), valori pressori medi, eventuale assunzione di caffeina o nicotina nei 30' precedenti

La sequenza corretta è:

- 1-controllo del corretto funzionamento e della corretta misura del bracciale
- 2-eseguire la pulizia del fonendoscopio
- 3-eseguire lavaggio delle mani
- 4-verificare l'identità del paziente
- 5-informare il paziente riguardo la procedura, verificando pregressi interventi di mastectomia (se donna), valori pressori medi, eventuale assunzione di caffeina o nicotina nei 30' precedenti
- 6-posizionare il paziente in modo adeguato e scoprire l'arto superiore
- 7-avvolgere il bracciale, applicando il centro della camera direttamente sull'arteria brachiale, circa 2,5 cm sopra lo spazio antecubitale
- 8-chiudere la valvola del manicotto
- 9-posizionarsi il fonendoscopio e collocare l'amplificatore del fonendoscopio sull'arteria brachiale nello spazio antecubitale
- 10-gonfiare la cuffia dello sfigmomanometro fino a 30 mmHg al di sopra del punto in cui il polso brachiale scompare
- 11-con l'altra mano rilevare il polso radiale
- 12-rilasciare la valvola della cuffia lentamente affinché la pressione diminuisca di 2-3 mmHg al secondo
- 13-attendere 1-2' e ripetere la misurazione nello stesso braccio e, successivamente, nell'altro braccio
- 14-terminata la procedura, pulire il fonendoscopio, rimuovere i guanti ed eseguire il lavaggio sociale delle mani
- 15-annotare il parametro in cartella infermieristica e comunicare al Medico eventuali anomalie

L'American Heart Association (AHA) ha diffuso le nuove Linee Guida sulla diagnosi e la gestione dell'ipertensione arteriosa sistemica in occasione del Congresso AHA tenutosi nel novembre del 2017. La Task Force chiamata alla definizione delle nuove Clinical Practice Guidelines, attese da ben 14 anni, ha convenuto di ridefinire al ribasso i valori di normalità della pressione arteriosa sistemica. Rispetto all'edizione 2003 del JNC7, scompare la categoria della 'pre-ipertensione' (in precedenza indicata da valori di 120-139 mmHg per la sistolica e 80-89 mmHg per la diastolica) e si abbassa il livello di normalità, non più 140/90, ma 120/80 mmHg. Questo nuovo cut-off dei valori di normalità, arruola nella già nutrita schiera degli ipertesi una percentuale in più di pazienti, la maggior parte dei quali gestibili però con un accurato counselling sugli stili di vita, più che con farmaci antipertensivi. In termini di raccomandazioni terapeutiche, infatti, la stessa Task Force si esprime con una certa prudenza, suggerendo l'intervento farmacologico solo a partire dalla diagnosi di ipertensione di grado 1 con concomitante malattia cardiovascolare clinicamente evidente, oppure con rischio cardiovascolare a 10 anni almeno pari al 10%. Le nuove categorie di pressione arteriosa sono le seguenti: normale, dove la Pressione Arteriosa Sistolica (PAS) è inferiore a 120 mmHg e la Pressione Arteriosa Diastolica (PAD) è inferiore a 80 mmHg; elevata, dove la PAS è compresa fra 120 e 129 mmHg e la PAD è inferiore a 80 mmHg; viene definita Ipertensione 1° stadio una PAS compresa fra 130 e 139 mmHg e/o una PAD compresa fra 80 e 89 mmHg; una Ipertensione di 2° stadio prevede una PAS superiore a 140 mmHg e/o una PAD superiore a 90 mmHg. Infine un paziente ha una crisi ipertensiva se, per definizione, presenta una PAS superiore a 180 mmHg e/o una PAD superiore a 120 mmHg. L'AHA definisce anche alcune nuove indicazioni per quanto riguarda la rilevazione del parametro. Raccomanda di eseguire misurazioni corrette ed attente, rilevare più volte la PA ed effettuare una media prima di fare una diagnosi. Raccomanda anche di utilizzare un manicotto di misura adeguata, in relazione alla circonferenza del braccio del paziente. In particolare la circonferenza di 22 – 26 cm del manicotto per adulti è considerata small; un manicotto standard per adulti misura dai 27 ai 34 cm di circonferenza, mentre un manicotto large per adulti, per esempio in condizioni di obesità, misura dai 35 ai 44 cm di circonferenza. Infine, per la coscia degli adulti, un manicotto deve misurare dai 45 ai 52 cm. Tali precisazioni sono state presentate alla luce del fatto che una misura impropria del manicotto può sovrastimare o sottostimare i valori pressori. La novità più significativa rimane comunque l'abbassamento della soglia di allerta, dove una PA è definita non patologica se la PAS è inferiore a 120 mmHg e la PAD è inferiore a 80 mmHg; una PAS che si attesta tra 120 e 129 mmHg è considerata elevata, ma ancora non patologica. La pressione sanguigna si rileva di solito sul braccio del paziente utilizzando l'arteria brachiale e un fonendoscopio standard, ma non deve essere misurata su un arto superiore che su quel lato ha lesioni o patologie a carico di spalla, braccio o mano, una qualunque parte dell'arto ingessata o bendata, una quadrantectomia o mastectomia con asportazione dei linfonodi ascellari, un'infusione endovenosa o una trasfusione di sangue in corso, una fistola arterovenosa per dialisi renale. La rilevazione della pressione sanguigna sulla coscia utilizzando l'arteria poplitea è indicata quando la PA non può essere misurata in nessuno dei due arti superiori. All'ingresso del paziente è opportuno porre particolare attenzione alla rilevazione della PA, poiché i valori verranno utilizzati come parametro di confronto per le successive misurazioni, tenendo conto che la PA è influenzata da numerose variabili, fra cui alcuni tipi di farmaci, lo stress, i ritmi circadiani, alcune abitudini (es. fumo e caffeina), ecc. Prima di procedere con la rilevazione del parametro, è opportuno un controllo del corretto funzionamento e della corretta misura del bracciale come da indicazioni AHA

suddette. Inoltre alcune cuffie per la misurazione della pressione sanguigna contengono lattice, quindi è opportuno anche verificare se il paziente è allergico al lattice e, in tal caso, utilizzare una cuffia priva di lattice. Quindi l'Infermiere esegue la pulizia del fonendoscopio e il lavaggio delle mani. In stanza verifica l'identità del paziente e lo informa riguardo la procedura, verificando pregressi interventi di mastectomia con o senza asportazione di linfonodi (se donna), valori pressori medi, eventuale assunzione di caffeina o nicotina nei 30' precedenti. Posiziona quindi il paziente in modo adeguato: la posizione da preferire è quella seduta con i piedi appoggiati a terra, ma se il paziente non è in grado di mantenere la posizione, si può procedere anche in posizione supina, specificandolo poi nelle note della registrazione. Il gomito deve essere leggermente flesso, con il palmo della mano in alto e l'avambraccio mantenuto a livello del cuore. L'Infermiere scopre l'arto superiore e avvolge il bracciale, applicando il centro della camera direttamente sull'arteria brachiale, circa 2,5 cm sopra lo spazio antecubitale. Chiude quindi la valvola del manicotto, posiziona il fonendoscopio nei propri canali auricolari e colloca l'amplificatore del fonendoscopio sull'arteria brachiale, nello spazio antecubitale. La cuffia dello sfigmomanometro va gonfiata fino a 30 mmHg al di sopra del punto in cui il polso brachiale scompare: per questo è necessario, con l'altra mano, rilevare il polso radiale. A questo punto si rilascia la valvola della cuffia lentamente affinché la pressione diminuisca di 2-3 mmHg al secondo. Attendere quindi 1-2' e ripetere la misurazione nello stesso braccio e, successivamente, nell'altro braccio: non si dovrebbe rilevare una differenza superiore a 10 mmHg tra le due braccia. Il braccio che presenta la pressione più alta deve essere usato per le misurazioni successive. Terminata la procedura, pulire il fonendoscopio ed eseguire il lavaggio delle mani. In ultimo, annotare il parametro in cartella infermieristica e comunicare al Medico eventuali anomalie. Molte strutture sanitarie usano lo sfigmomanometro digitale (elettronico), che non richiede l'ascolto attraverso il fonendoscopio dei suoni della pressione sistolica e diastolica del paziente. I dispositivi elettronici per la rilevazione della pressione sanguigna devono essere calibrati periodicamente per controllarne il corretto funzionamento. Tutte le strutture sanitarie dovrebbero avere in dotazione un dispositivo manuale di riserva per la rilevazione della pressione sanguigna.

(AHA, 2017)