

Università degli Studi di Ferrara
Corso di Laurea in Infermieristica



Seminario «L'esame obiettivo infermieristico»

Ferrara, 15 Novembre 2018
Dott.ssa Antonella Bertelli

AA. 2018/2019

Obiettivi della lezione

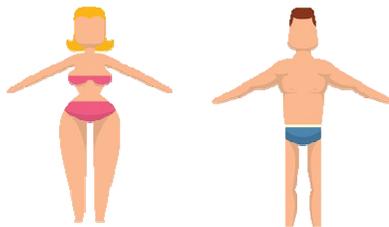
- Comprendere cos'è e a cosa serve l'esame obiettivo infermieristico
- Conoscere le tecniche per l'esecuzione dell'esame obiettivo infermieristico
- Conoscere i metodi che si possono utilizzare per eseguire l'esame obiettivo
- Conoscere come si esegue l'esame obiettivo e riconoscere le principali anomalie che si possono riscontrare nello svolgimento dello stesso

Dove siamo?



Obiettivo1: Che cos'è l'esame obiettivo infermieristico o esame fisico?

Indagine sistematica delle strutture del corpo, costituisce una metodologia di raccolta dati relativa alle condizioni fisiche del paziente.



Perché si fa l'esame fisico infermieristico?

- Per verificare lo stato fisico del paziente al momento dell'osservazione
- Per evidenziare risorse e deficit nelle capacità funzionali della persona assistita
- Per rilevare segni clinici evidenti di patologie in fase di sviluppo
- Per raccogliere informazioni basali per future comparazioni
- Per esaminare le risposte del paziente agli interventi medici e infermieristici

Quando si esegue l'esame obiettivo infermieristico?

All'ingresso del paziente
in reparto

Quando variano le condizioni
cliniche del paziente o in emergenza

Dopo aver messo in atto degli interventi,
per valutare la loro efficacia

In maniera ridotta si esegue
**OGNI VOLTA CHE SI ENTRA IN CONTATTO CON
IL PAZIENTE**

Obiettivo 2: le tecniche per l'esecuzione dell'esame fisico infermieristico

1. ISPEZIONE
2. PERCUSSIONE
3. PALPAZIONE
4. AUSCULTAZIONE



Privacy

ISPEZIONE



Descrizione: «osservazione» di ciascun sistema o apparato corporeo, per la ricerca di segni fisici normali e anormali.

Senso: Vista, ma anche olfatto e udito.

Esempi di cosa posso rilevare: Il pallore cutaneo, il rossore che circonda una ferita, la distensione addominale, l'odore di una ferita infetta, la presenza di tosse.

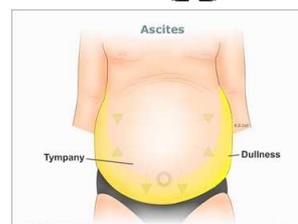


PERCUSSIONE

Descrizione: Prevede la percussione di una determinata regione corporea con l'estremità delle dita, dando vita a suoni che variano a seconda che la percussione interessi una cavità piena di liquido o aria.

Senso utilizzato: Tatto, udito

Esempi di cosa posso rilevare: se la distensione addominale di un paziente è dovuta alla presenza di liquido (per ascite ad es.) o aria (meteorismo).



PALPAZIONE

Descrizione: Viene eseguita mediante contatto superficiale (palpazione superficiale) o esercitando una pressione sulla parte del corpo interessata (palpazione profonda).

Senso utilizzato: Tatto.
Polpastrelli e dorso delle mani.

Esempi di cosa posso rilevare: presenza e frequenza del polso radiale, temperatura, sudorazione (palpazione superficiale), presenza di globo vescicale (palpazione profonda), eventuale dolorabilità (superficiale e profonda).



AUSCULTAZIONE

Descrizione: Prevede l'ascolto dei rumori emessi dal corpo. Può essere diretta (quando viene eseguita senza l'ausilio di strumenti di amplificazione) o indiretta (quando viene utilizzato come strumento lo stetoscopio).

Senso utilizzato: Udito.

Esempi di cosa posso rilevare: Tosse, rantoli e sibili polmonari, pressione arteriosa.



Obiettivo 3: metodi per l'esecuzione dell'esame fisico

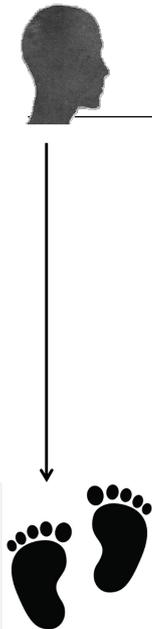
Metodo «Testa-Piedi»



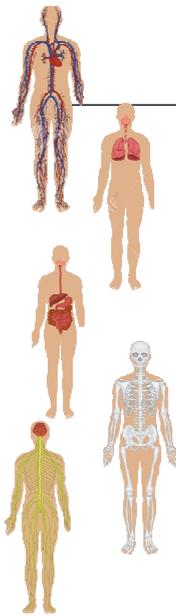
Metodo «Per sistemi corporei»



Metodo testa-piedi



- Sistema per raccogliere i dati in maniera organizzata: inizia dalla testa e procede fino alle dita dei piedi del paziente.
- Consente di non trascurare elementi, evita che il paziente debba cambiare troppe volte la posizione, rende il procedimento solitamente più breve perché l'infermiere non deve spostarsi continuamente.
- Per ogni parte del corpo deve essere condotta un'attenta analisi al fine di rilevare anomalie o presenza di lesioni.



Metodo per sistemi corporei

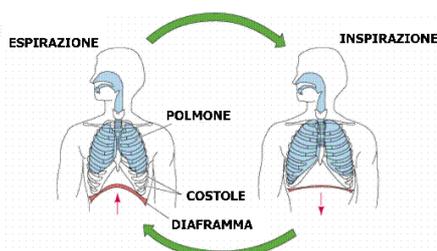
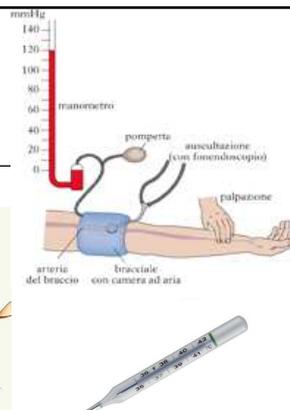
- Prevede che la raccolta dei dati venga eseguita sulla base dei sistemi funzionali del corpo.
- Viene condotto esaminando separatamente le strutture di ciascun distretto/apparato corporeo (tegumentario, cardio-circolatorio, respiratorio, digerente, genito-urinario, nervoso, muscolo-scheletrico).

Obiettivo 4: svolgimento dell'esame obiettivo



Parametri vitali

- Pressione arteriosa (PA)
- Polso arterioso periferico (p.a.p.)/centrale (FC)
- Frequenza respiratoria (FR)
- Temperatura corporea (T°C)



DOLORE:

localizzazione, insorgenza, tipologia, superficiale, viscerale, muscolo-scheletrico, utilizzo di scale di valutazione

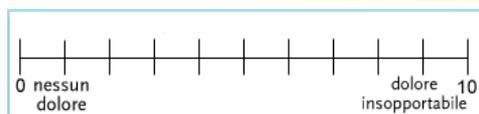
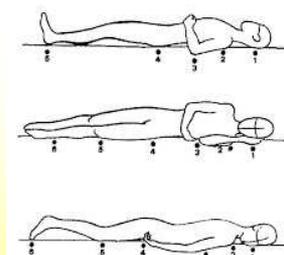


TABELLA 1: La scala PAINAD.

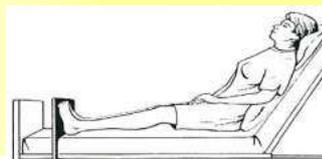
INDICATORI	0	1	2
<i>Respirazione</i>	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
<i>Vocalizzazione</i>	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
<i>Espressioni del volto</i>	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
<i>Linguaggio del corpo</i>	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
<i>Consolazione</i>	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione
	0-1 <i>Dolore assente</i>	2-4 <i>Dolore lieve</i>	5-7 <i>Dolore moderato</i>
			8-10 <i>dolore severo</i>

POSIZIONE/DECUBITO

- DECUBITO SUPINO
- DECUBITO LATERALE
- DECUBITO PRONO



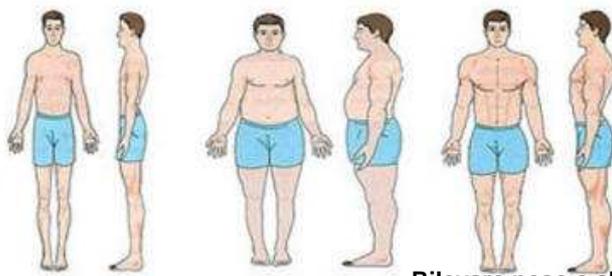
POSIZIONE SEMISEDUTA (FOWLER)



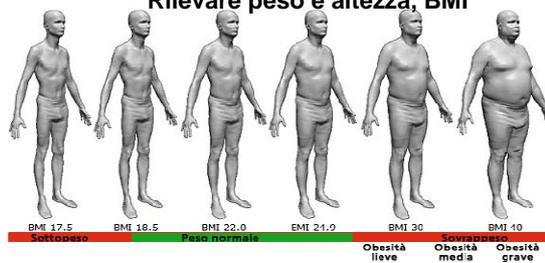
POSIZIONE SEDUTA (ORTOPNOICA)

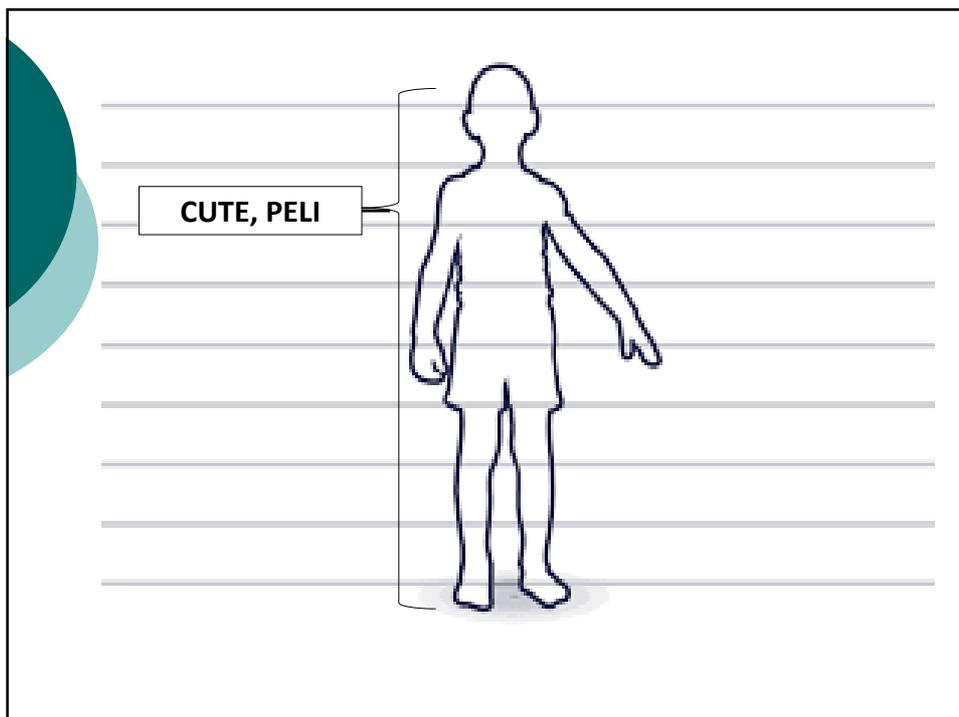


Tipologia - costituzione



Rilevare peso e altezza, BMI





CUTE

Ispezionare e palpare la cute a mano a mano che si procede con l'esame, concentrandosi su: COLORE, IDRATAZIONE, TURGORE, TEMPERATURA.

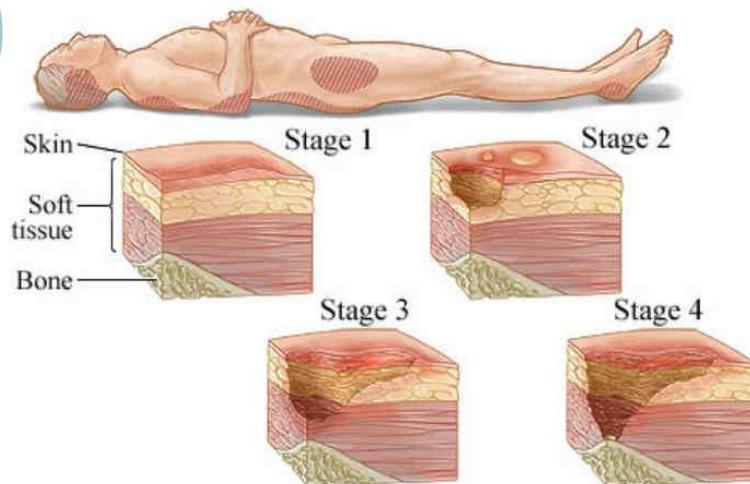


 Cute: Ecchimosi, lesioni, cianosi, pallore, ittero, eritema, psoriasi, dermatite da contatto, lesioni da pressione.



Utilizzare Scala di Braden per rilevare il rischio di insorgenza di LdP mentre per la stadiazione si può utilizzare il sistema di classificazione NPUAP-EPUAP

LESIONI DA PRESSIONE



PELI

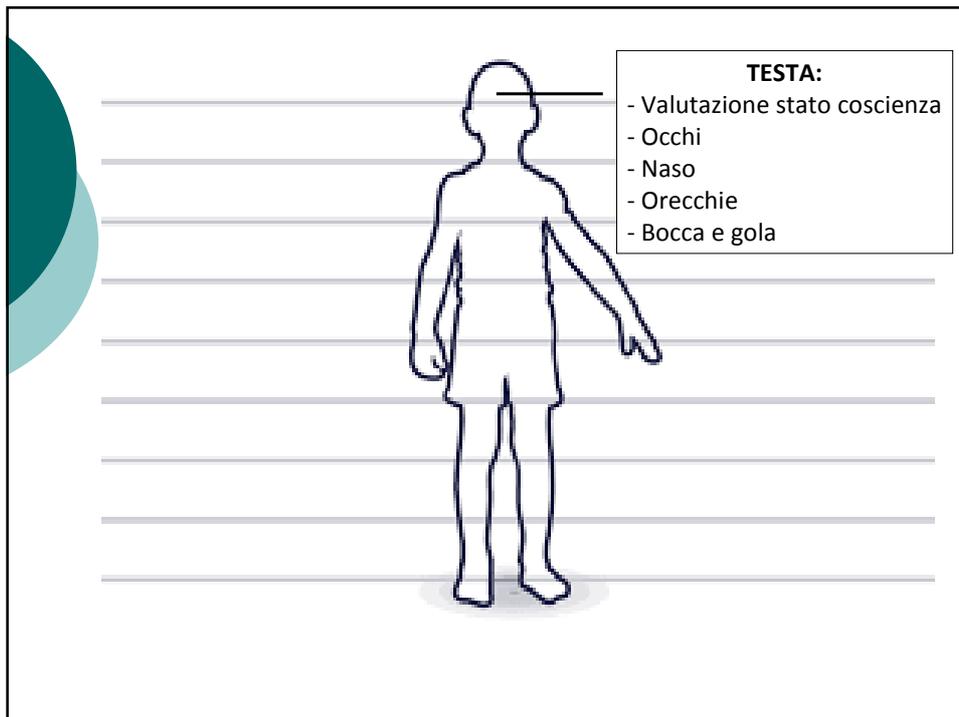
Quando si esaminano i peli, ricordare che dovrebbero avere una distribuzione uniforme.

Valutare la presenza/distribuzione dei peli a mano a mano che si procede con l'esame obiettivo.



Peli: Alopecia da traumi/ustioni, assenza di capelli e peli, irsutismo.





TESTA

⚠ Presenza di ferite, traumi, tumefazioni, cicatrici, asimmetrie del volto.

Ispezionare il viso della persona per valutare le simmetrie e per verificare l'eventuale presenza di traumi e tumefazioni.
La mandibola deve essere sulla linea mediana, non spostata a destra o a sinistra.

The complex block contains text, a warning icon, and three photographs. The main photograph is a close-up of a person's face with significant bruising around the eyes and on the nose. Two smaller inset photographs are at the bottom left: one shows a normal face, and the other shows a face with a noticeable deviation of the jawline.

Valutazione dello stato di coscienza

Ascoltare come la persona si esprime, verificare l'orientamento, la memoria e le capacità di attenzione ponendo domande.

Determinare la presenza di ansia, paura, agitazione, irrequietezza, irritabilità, confusione.

Per accertare il livello di coscienza descrivere chiaramente la risposta dell'assistito a stimoli diversi (verbali e dolorosi):
Vigile / Soporoso/ Stuporoso/ Comatoso



Disturbi del linguaggio, stati diversi da quello di vigilanza (utilizzo GCS – Glasgow Coma Scale)

Glasgow Coma Scale	Score
Apertura degli occhi - E(yes):	
- Spontanea	4
- Al richiamo	3
- Al dolore	2
- Assente	1
Risposta Verbale - V(ermal):	
- Orientata	5
- Confusa (Dove sono? Chi sei?)	4
- Parole ripetute (Giovanni! Giovanni!)	3
- Suoni incomprensibili	2
- Assente	1
Risposta motoria - M(otorial):	
- Esegue gli ordini (tiri fuori la lingua)	6
- Localizza il dolore (afferri la mano)	5
- Retrae al dolore	4
- Flette al dolore (contrae gli arti)	3
- Estende al dolore (estende gli arti)	2
- Nessuna risposta al dolore	1
GCS Score = E + V + M	

Occhi

Ispezionare gli occhi, valutare:
Pupille, dovrebbero essere isocoriche, isocicliche, normoreagenti.

Sclera, normalmente è bianca.

Palpebra, dovrebbe coprire il quarto superiore dell'iride.



Difetti visivi, edema periorbitale, ptosi palpebrale, ittero delle sclere, traumi, corpi estranei.



Rilevare e documentare se il paziente utilizza abitualmente occhiali da vista o se è portatore di lenti da contatto o protesi oculari.

Orecchie

Osservare la posizione e la simmetria.

Ispezionare il padiglione per verificare la presenza di lesioni, secrezioni, noduli e arrossamenti.

Infine ispezionare l'apertura del canale auricolare, rilevandone secrezioni, arrossamento, odore, presenza di noduli o cisti.



⚠ Ootalgia, otorrea, perdita o riduzione dell'udito, traumi, corpi estranei.



⚠ È importante durante l'ispezione valutare la presenza di protesi acustiche, che possono essere state precedentemente dichiarate durante l'intervista o omesse.

Naso

Rilevare simmetria, rigonfiamenti, colore, dolore, deformazione del naso.

Verificare la presenza di secrezioni nasali e di flaring nasale (allargamento delle narici durante l'inspirazione).

Ispezionare la cavità nasale e controllare la pervietà occludendo una narice per volta e chiedendo al paziente di respirare attraverso l'altra.

⚠ Epistassi, flaring, naso chiuso e colante.



⚠ Rilevare la presenza di eventuali presidi come: SNG, SNF o altri presidi per la somministrazione di ossigeno ad alti o bassi flussi (Maschera Venturi, Reservoir o cannule nasali).

Bocca e gola

Ispezionare le labbra della persona, che dovrebbero essere rosee, umide, simmetriche e prive di lesioni.

Ispezionare la bocca. Far aprire la bocca alla persona e posizionare l'abbassalingua sulla sommità della lingua. Controllare simmetria delle tonsille.



Ferite, arrossamenti, asimmetrie, Herpes simplex, candidosi orale, alitosi, ageusia, disfagia, dolore alla gola, tonsillite, faringite, alterazioni della voce .



Segnalare eventuale presenza di protesi fissa/mobile e se superiore o inferiore. Se si è rilevato uno stato di instabilità della coscienza del paziente, provvedere alla rimozione.

COLLO



COLLO

Ispezionare e palpare il collo a 360°.

Ispezionare i vasi del collo e rilevare forza e ritmo del polso centrale.

Per palpare l'arteria carotidea, appoggiare leggermente le dita lateralmente rispetto alla trachea al di sotto dell'angolo della mandibola. Non palpare entrambe le arterie contemporaneamente e con troppa forza per evitare bradicardia e



Tumefazioni, cicatrici, noduli, medicazioni, anomalie del battito (tachi/bradicardia)



Rilevare e annotare l'eventuale presenza di tracheostomia o accesso venoso centrale (CVC).



TORACE

TORACE E COLONNA

Ispezionare il torace rilevando la frequenza respiratoria (contare il numero di atti respiratori al minuto).

Palpare il torace: una palpazione delicata non dovrebbe provocare alcun dolore.

Valutare poi la posizione e la curvatura della colonna vertebrale verificando presenza di dolorabilità, gonfiore e contratture.

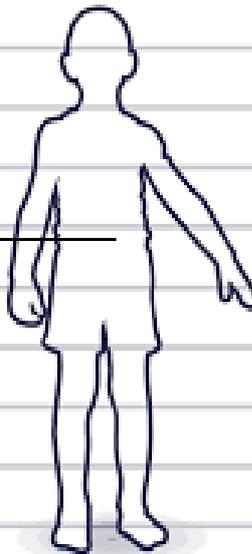


⚠ Asimmetria della parete toracica, masse, cicatrici che indicano traumi o interventi chirurgici, lesioni, drenaggi toracici, punti di sutura.



⚠ Rilevare e annotare la presenza di impianti sottocutanei come ad esempio il pace-maker (PM) o il port a cath.

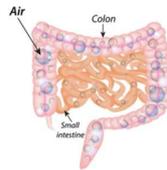
ADDOME



ADDOME

Stato nutrizionale, nausea, vomito (caratteristiche), flatulenza, ematemesi, alvo, stipsi, diarrea, caratteristiche feci, melena....., incontinenza fecale....., presenza di stomia....

Flatulenza



Bristol stool chart

Tipo 1		Grumi duri separati tra loro, come noci (difficili da espellere)
Tipo 2		A forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro
Tipo 3		Come un salame, ma con crepe sulla sua superficie
Tipo 4		Come una salsiccia o un serpente, liscia e morbida
Tipo 5		Pezzi separati morbidi con bordi come tagliati/spezzati; chiara (facile da evacuare)
Tipo 6		Pezzi soffici/flocculari con bordi frastagliati, feci pastose
Tipo 7		Acquosa, nessun pezzo solido Completamente liquida

ADDOME

Osservare e palpare l'addome per valutare la simmetria e verificare l'eventuale presenza di protuberanze, rigonfiamenti o masse: normalmente è liscio, simmetrico, piatto o concavo.

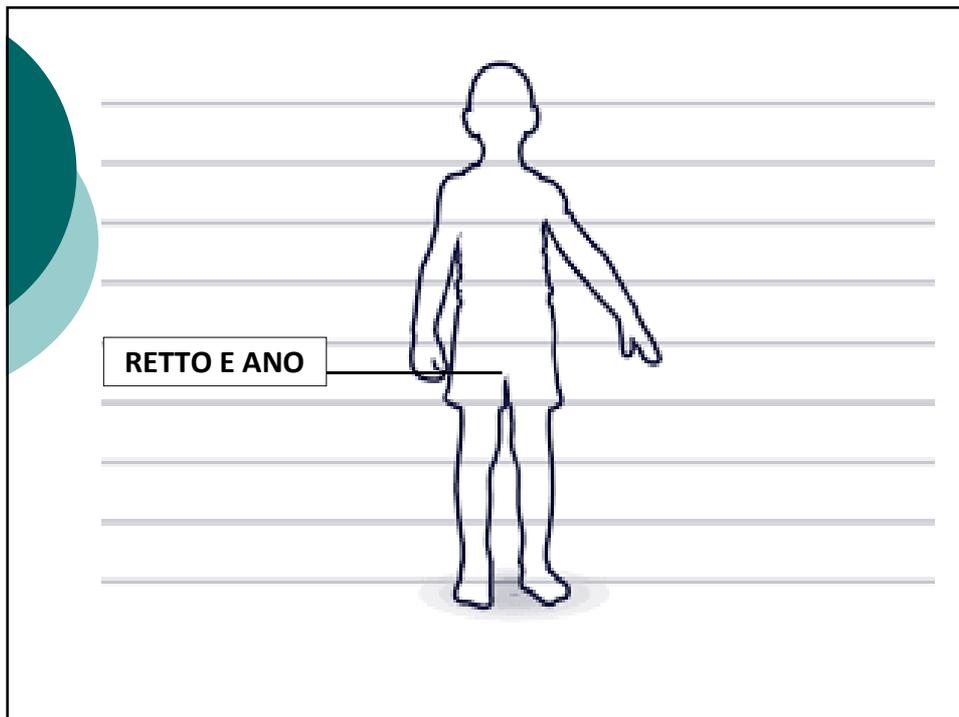
L'auscultazione e la percussione sono in genere poco utilizzate.



Masse palpabili, distensione addominale, dolore, cicatrici, ernie, presenza di drenaggi e/o stomie.



Documentare le condizioni della cute peristomiale o circostante il punto di inserzione del drenaggio. Rilevare e annotare quantità e qualità del liquido drenato.



RETTO E ANO

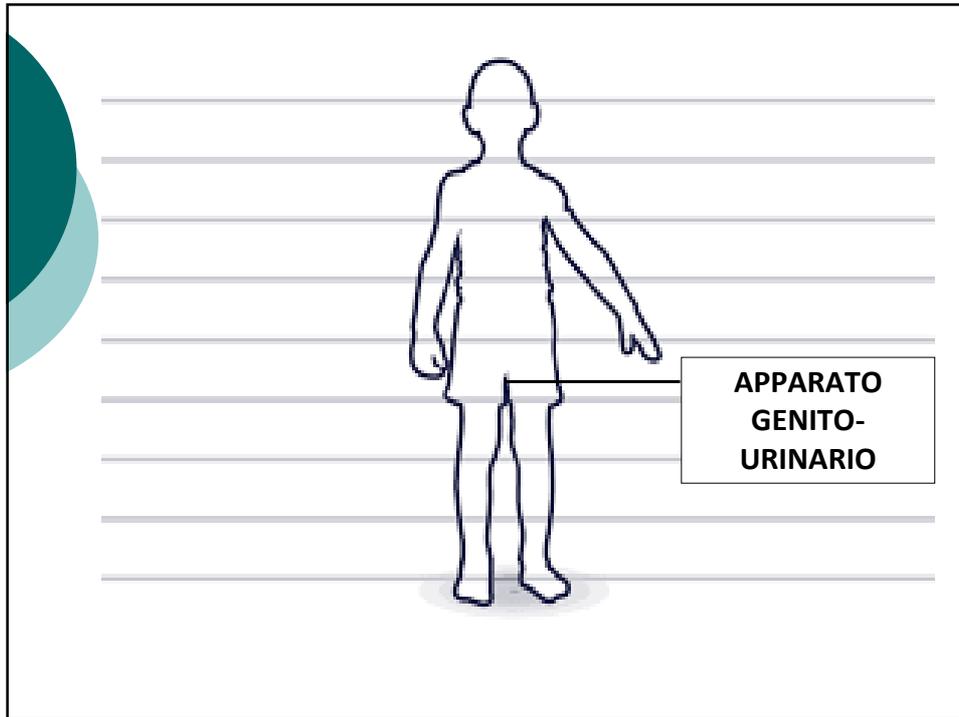
Esaminare il retto e l'ano: porre il paziente su un fianco con le ginocchia flesse, indossare i guanti e separare le natiche per esplorare l'ano e il tessuto circostante.

Eeguire un'esplorazione rettale se richiesto.



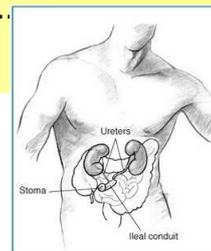
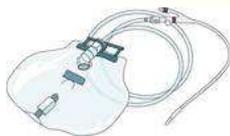
Ragadi, lesioni, cicatrici, infiammazioni, secrezioni, prolasso rettale, emorroidi esterne, ematochezia. Verificare se il paziente utilizza presidi come ad esempio pannoloni in caso di incontinenza fecale.





APPARATO GENITO-URINARIO

- Urine (caratteristiche), diuresi, alterazioni della minzione, incontinenza urinaria, presenza di stomia, presenza di catetere vescicale (tipo, calibro)....., presenza di globo vescicale, valutazione ritenzione urinaria....., bilancio idroelettrolitico....., caratteristiche mucosa genitale, secrezioni, ciclo mestruale...



APPARATO GENITO URINARIO

Chiedere alla persona di svuotare la vescica, visionando le urine. Palpare in regione sovrapubica per evidenziare la presenza di ritenzione.

Osservare la zona genitale e procedere alla palpazione di eventuali anomalie rilevate.



⚠ Minzione frequente, ematuria, incontinenza, ritenzione, vaginite, verruche genitali, ernia inguinale.



⚠ Documentare se paziente è portatore di pannolino o catetere vescicale. Rilevare caratteristiche e quantità dell'urina. Se il paziente ha un accesso venoso centrale a livello femorale, annotare in cartella.

ARTI SUPERIORI

A diagram of a human silhouette standing on a series of horizontal lines, used for height measurement. A box labeled 'ARTI SUPERIORI' points to the upper limbs of the figure.

ARTI SUPERIORI

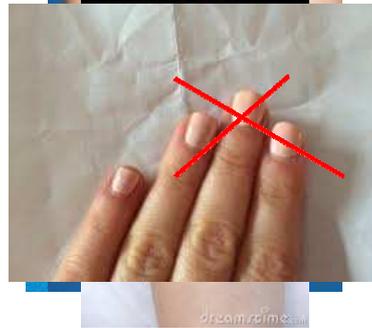
Ispezionare e palpare:
SPALLE E GOMITI,
POLSI, MANI E DITA.

Valutare presenza di
forza muscolare.
Palpare il polso radiale
e brachiale.

Esaminare le unghie,
misurare la saturazione
d'ossigeno attraverso
l'utilizzo del
pulsossimetro e il
tempo di riempimento
capillare.

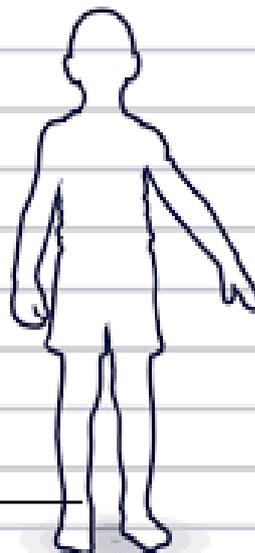


Lesioni traumatiche, debolezza muscolare, edema/linfedema, dolore, cicatrici, deformazione, micosi unghie.



Rilevare presenza accessi venosi periferici. Misurare saturazione ossigeno con pulsossimetro, rimuovere smalto!

ARTI INFERIORI



ARTI INFERIORI

Palpare sopra la cresta iliaca e la zona trocanterica per verificare l'eventuale presenza di dolore o instabilità.

Verificare se la persona ha le ginocchia rivolte all'esterno, anormalmente ravvicinate o ruotate all'interno. Palpare entrambe le ginocchia.

Valutare capacità di movimento di anche e ginocchia.

Ispezionare le caviglie e i piedi. Rilevare il polso popliteo, tibiale posteriore e pedidio dorsale.



Valutare il rischio di caduta (Scala di Conley) e l'eventuale presenza di protesi. Rilevare anche verruche plantari, ulcere trofiche, pigmentazioni insolite, lesioni, edemi.



APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO

- Limitazione dei movimenti, paralisi....., dolore articolare, fratture, tutori, gonfiore articolare...., forza, tono e trofismo muscolare, segni di spasticità, flaccidità, deambulazione.....



Registrazione in
Cartella

La **cartella infermieristica** è uno **strumento** operativo progettato e gestito dall'**infermiere** per garantire la **pianificazione dell'attività assistenziale**.

Permette di:

- **individualizzare** l'assistenza,
- **valutare** il raggiungimento degli obiettivi
- è fonte di dati per una **verifica** a lungo termine dell'attività assistenziale posta in essere dagli infermieri.

Garantisce inoltre la **continuità** e la **qualità** delle prestazioni infermieristiche.

La cartella infermieristica è lo strumento per rendere visibile l'applicazione del contenuto del **profilo professionale dell'infermiere** attraverso la documentazione del **processo di assistenza infermieristica** ovvero l'utilizzo di una **metodologia di pianificazione per obiettivi**.

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E CARTELLA CLINICA

La documentazione infermieristica (cartella infermieristica) **entra a far parte della cartella clinica**, è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri in relazione a una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla medesima, delle informazioni raccolte, nonché dei dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica e delle connesse valutazioni.

Art. 479 codice penale

- Sulla base del suddetto articolo la cartella infermieristica è da ritenere un **atto pubblico**, in quanto facente parte della cartella clinica tradizionale (assieme ad essa viene archiviata), la quale è stata sempre considerata in giurisprudenza un atto pubblico.

Cartella Infermieristica, componenti:

- Dati identificativi della persona assistita
- Modalità di presa in carico
- Pianificazione assistenziale
- Diario assistenziale
- Schede assistenziali integrative
- Schede per le procedure diagnostiche e terapeutiche
- Schede di dimissione

Requisiti sostanziali della documentazione infermieristica

- **Veridicità** (corrispondenza tra quanto eseguito o osservato o pianificato e quanto scritto)
- **Completezza e Precisione** (quanto effettuato, quanto obiettivamente raccolto, valutato e pianificato deve essere riportato per iscritto nel modo più conforme possibile alla realtà)
- **Chiarezza** (attenzione al significato lessicale ed interpretativo dei termini come ad esempio "cianosi, edema, dispnea", non vanno mai usati in modo approssimativo)
- **Tempestività** (nel riportare per iscritto le annotazioni)

Carenza di veridicità

- Falsità ideologica in atto pubblico, se inerente a una falsa attestazione nella cartella redatta dall'infermiere in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio.
- Falsità ideologica in certificati, se commessa dall'infermiere libero professionista, quale persona esercente un servizio di pubblica necessità.

Requisiti formali

- Indicazione del luogo in cui si svolgono determinati accertamenti, in particolare quando l'assistito si rechi o sia trasportato temporaneamente in altro reparto;
- Indicazione della data e dell'ora delle registrazioni
- Precisazione di nome e cognome, con firma di chi procede alle annotazioni
- Precisazione della fonte delle informazioni (es. se fornite da un familiare)
- Intelligibilità della grafia
- Evitare le correzioni, eventualmente coprire con un tratto di penna, lasciando leggibile la parola che si intende eliminare e scrivere la parola che sostituisce quella eliminata di seguito.

Bibliografia:

- P.C. Motta *"Introduzione alle scienze infermieristiche"*, Carocci Roma -2002;
- B. K. Timby *"Assistenza infermieristica – concetti e abilità cliniche di base"* McGrawHill Milano - 2011;
- L. J. Carpenito-Moyet *"Diagnosi infermieristiche – Applicazione alla Pratica clinica"* Ambrosiana Milano - 2010;
- M. Gordon *"Diagnosi Infermieristiche – processo e applicazioni"*, Ambrosiana Milano - 2009;
- J. M. Wilkinson *"Processo infermieristico e pensiero critico"* Ambrosiana Milano - 2013

Bibliografia

- 📖 Accertamento clinico, guida metodologica illustrata per i professionisti della salute. A cura di Loreto Lancia. Rev. L. Lancia, Casa Editrice Ambrosiana, 2012
- 📖 Accertamento infermieristico Notes, Raccolta dei dati e ragionamento diagnostico. Gordon M., Italian edition edited by Cominetti L., Edizioni Minerva Medica, 2010
- 📖 Fondamenti di assistenza infermieristica. Concetti e abilità cliniche di base. Barbara K. Timby, McGraw-Hill, 2011
- 📖 Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica infermieristica di Lynda J. Carpenito-Moyet, 5° edizione. Casa Editrice Ambrosiana, 2010
- 📖 Diagnosi Infermieristiche, processo e applicazioni. M. Gordon. Edizione italiana a cura di Luisa Anna Rigon. Casa Editrice Ambrosiana, 2009
- 📖 Nursing clinico, tecniche e procedure di Kozier e Erb. Kozier et all. Traduzione italiana di Rosaria Alvaro e Tommaso Brancato. Edises, 2006
- 📖 Processo infermieristico e pensiero critico. Judith M. Wilkinson, Edizione italiana a cura di Domenico Redigolo. Traduzione di Paola Roma. Casa Editrice Ambrosiana, 2003
- 📖 Documento: Defining Nursing, Royal College of Nursing, 2003
- 📖 Introduzione alle scienze infermieristiche, Paolo C. Motta, Carocci Faber, 2002
- 📄 Slide "L'accertamento e la documentazione infermieristica", Bertelli Antonella, 2015