

**ASSISTENZA AL PAZIENTE
NEL PERIODO
POST OPERATORIO**

STANZA DI RISVEGLIO



- Nell'immediato post operatorio il paziente rimane nella stanza di risveglio dove sono presenti monitor, farmaci e materiale per le cure di supporto e quelle di emergenza.
- Viene fatta una valutazione della ripresa dall'anestesia dando un punteggio:
respirazione, circolazione, coscienza, colore, attività muscolare
- Ci possono essere variabili relative allo stato di salute del paziente e del tipo di anestetico usato, il tipo di intervento

STANZA DI RISVEGLIO



Aldrete Score

<u>Attività</u>	2 Capace di muovere 4 arti volutar./su comando 1 Capace di muovere 2 arti volutar./su comando 0 Incapace di muovere 0 arti volutar./su comando
<u>Respirazione</u>	2 Capace di effettuare un respiro profondo o un colpo di tosse 1 Dispnea 0 Apnea-paz.in respirazione assistita
<u>Circolazione</u>	2 Pas \pm 20% dei valori preanestetici, FC stabile 1 Pas \pm 20-50% dei valori preanestetici, FC variabile 0 Pas \pm 50% dei valori preanestetici,FC variabile
<u>Coscienza</u>	2 Paziente sveglio e orientato 1 Risvegliabile su chiamata 0 Non risvegliabile, responsivo al dolore
<u>Colore</u>	2 Colorito roseo o normale 1 Pallido 0 Cianotico



totale 0-10 > 8 DIMESSO

- La saturazione O_2
- La regolarità del polso
- Della profondità e f.R
- Del colorito cutaneo
- Del livello di coscienza
- Della capacità del paziente di rispondere a comandi
- Controllo del sito chirurgico e dei drenaggi
- Punteggio almeno 7

TRASPORTO IN REPARTO



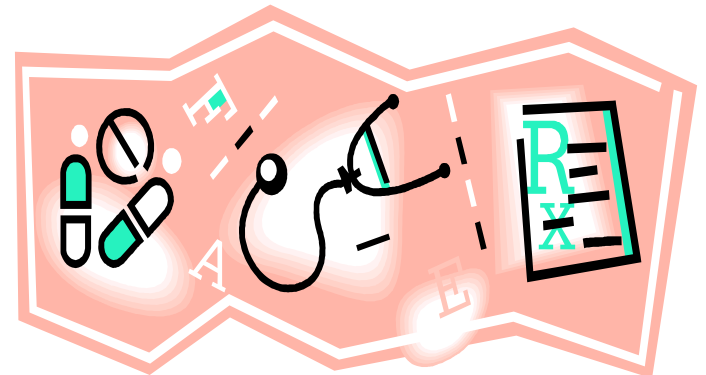
- La responsabilità del paziente dalla sala di risveglio dell'anestesista e dell'infermiere di anestesia.
- Durante il trasporto l'anestesista rimane alla testa del paziente (per mantenere la ventilazione), mentre il team chirurgico rimane al lato opposto.
- Il trasporto del paziente impone particolare attenzione al sito di incisione, evitando ogni tensione alle suture, si controlla che i drenaggi non vengano ostruiti
- non appena posto sul letto il camice sporco viene tolto e sostituito con uno pulito.
- Il paziente viene coperto e riscaldato, vengono poste spondine

- L'assistenza al paziente nel periodo post operatorio mira a riconoscere e prevenire l'insorgenza di complicanze.
- L'utilità della sorveglianza post operatoria è consolidata tra gli infermieri.
- Dal 30 al 50% dei pazienti può sviluppare una complicanza post operatoria nelle prime 24 ore dopo l'intervento con un'incidenza maggiore nelle prime 4-6 ore, pertanto le osservazioni dovrebbero essere più intensificate in questo periodo

- Tempi e protocolli di variano in base al contesto
- Una revisione della letteratura condotta nel 1998, raccomandava la rilevazione dei parametri vitali ogni mezz'ora nelle prime 2 ore dopo l'intervento e successivamente, nei pazienti con un decorso clinico stabile, ogni 4 ore per 24 ore.
- In un'indagine del 2002, in 75 ospedali, è stata valutata l'efficacia dell'osservazione ogni ora nelle prime 4 ore e successivamente ogni 4 ore (circa 10 osservazioni nelle 24 h).
- In un altro studio del 2005 i pazienti venivano osservati ogni mezz'ora per le prime 2 ore, ogni ora per le successive 4 ore e poi ogni 4 ore.
- Nella pratica clinica la sorveglianza post operatoria segue protocolli predefiniti ed è eseguita in modo consuetudinario e standardizzato.

IN GENERE VENGONO RILEVATI

- Parametri vitali:
 - Pressione arteriosa
 - Frequenza cardiaca
 - Frequenza respiratoria
 - Temperatura
- La diuresi
- I movimenti intestinali
- La quantità e consistenza dei liquidi drenati dal:
 - Sondino nasogastrico
 - Drenaggi
 - Ferita chirurgica
- Lo stato neurologico
- L'intensità del dolore



IN REPARTO



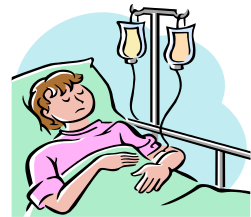
➤ Posizionare correttamente il paziente (movimenti bruschi possono causare ipotensioni):

- Sollevare la testata del letto da 15° a 30° (no dopo interventi di ernia del disco)
- Assicurare il mantenimento del calore corporeo (il pz. Potrebbe accusare ipotermia)
- Rimuovere il camice monouso e vestire il pz. (Per interventi complessi aspettare 8 ore)

➤ Predisporre un ambiente sicuro e confortevole:

- Porre il campanello a portata di mano per garantire il bisogno di sicurezza
- Predisporre un ambiente tranquillo e in penombra (la luce può dare fastidio agli occhi)

IN REPARTO



➤ Informare / educare il paziente ed i parenti:

- Descrivere la postura da mantenere
- Informare in merito a quando potrà assumere liquidi o alimenti
- Informare in merito ai tempi di ripresa dell'attività motoria, ai tempi di rimozione di tubi e drenaggi e sull'importanza che questi rivestono per la ripresa dello stato di salute

➤ Controllo del sito chirurgico e drenaggi

- Verifica esterna dell'aspetto, dell'integrità e dell'adesione della medicazione (movimento potrebbe aver causato un sanguinamento)
- controllo dei drenaggi e loro ancoraggio; verifica dei livelli di drenaggio (identificare precocemente complicanze quali: ostruzioni, emorragie, attorcigliamento dei tubi)
- Controllo catetere vescicale, se presente, e suo ancoraggio (accertarsi che sia funzionale e in sede).

IN REPARTO



➤ Acquisizione di informazioni e di dati in merito a :

- Tipo e durata dell'intervento
- Tipo anestesia
- Eventuali problematiche che possono essersi verificate durante l'intervento
- Liquidi e terapie somministrati
- Perdite ematiche ed eventuali trasfusioni
- Parametri vitali
- Prescrizioni anestesiológicas o chirurgiche
- Informazioni sulle quali il chirurgo o l'anestesista desiderano essere informati

EVENIENZE CHE SI VERIFICANO NEL PERIODO POSTOPERATORIO

- **NAUSEA E VOMITO**
- **DOLORE POST OPERATORIO**
- **GESTIONE DEI DRENAGGI E DELLA FERITA CHIRURGICA**

NAUSEA E VOMITO



- Varia dal 10 al 60% di incidenza
- Più frequente nelle donne e nei bambini, per la chirurgia ginecologica e oculare, interventi chirurgici sul contenuto addominale
- Molti farmaci usati per l'induzione dell'anestesia (anestetici alogenati, gli oppiacei, curarici)
- Complicanza più grave polmonite ab ingestes (morte dal 3 al 70%) altre complicanze sono: disidratazione nel bambino, deiscenza della ferita chirurgica, particolarmente per la chirurgia oftalmica, plastica, e addominale specie per pazienti obesi

NAUSEA E VOMITO



- Terapia sintomatica con antiemetici
- In caso di nausea il paziente va girato completamente su di un lato (uso del catino) per promuovere il drenaggio e prevenire l'aspirazione del vomito, che può causare asfissia e morte

SINGHIOZZO

- Spasmi intermittenti del diaframma secondari a irritazione del nervo frenico
- Terapia di fenotiazina su prescrizione (Largactil)

DOLORE



- È la risposta al trauma chirurgico: accentuato da distensione viscerale, ansietà, tensione pregresse esperienze inizio clinico 6-8 ore
- Il dolore dipende:
 - Dall'intervento (tipo, estensione, durata)
 - Dalle condizioni psicofisiche del paziente (convinzioni sul dolore e suo trattamento, ansia pre e postoperatoria, preparazione fisica, psicologica e farmacologica)
 - Dal trattamento
 - Dal lavoro dello staff

DOLORE



- il dolore causa vasocostrizione periferica ed altera la respirazione e l'escrezione delle secrezioni dell'apparato respiratorio – questo può comportare ipossia e atelettasia (aree perfuse ma non areate) che peggiorano l'ipossia e possono essere luogo di complicanze infettive
- Un adeguato trattamento del dolore postoperatorio contribuisce significativamente al miglioramento della morbidità postoperatoria:
 - Minor incidenza di complicanze postoperatorie
 - Riduzione del periodo di degenza
 - Riduzione del disagio del paziente

DOLORE



- Il dolore post operatorio necessita di essere trattato in maniera ottimale al fine di prevenire alcune complicazioni ad esso legate e di migliorare le condizioni di benessere del paziente
- La sofferenza non è una necessità di vita, anzi, essa la complica rendendola miserabile
- Non è etico, non somministrare un adeguato trattamento di qualsiasi dolore, acuto o cronico che sia

GESTIONE DEI DRENAGGI



➤ OBIETTIVO:

- Espellere materiale organico come sangue o pus dal punto d'intervento, il drenaggio viene posizionato dal chirurgo, per evidenziare precocemente emorragie deiscenza della ferita e fuoriuscita di materiale purulento
- Gestione asettica, per evitare la contaminazione batterica dell'ambiente interno

➤ TIPOLOGIA

- Drenaggi di garza o materiale assorbente (Penrose)
- Drenaggi tubolari a caduta
- Drenaggi muniti di sistema aspirante
- Drenaggi a valvola d'acqua

GESTIONE DEI DRENAGGI



- A parte il primo che si pone sotto la medicazione e va cambiato ogni volta che si impregna di materiale, gli altri tipi di drenaggio vanno collegati ad un adeguato sistema di raccolta (a caduta a pressione a valvola ad acqua) il tutto dovrà costituire un sistema chiuso e unidirezionale, in modo da evitare il ritorno del materiale drenato all'interno della cavità chirurgica per la possibilità di causare infezione
- E' necessario controllare ad intervalli regolari sia la quantità che la qualità del materiale drenato registrando ed avvisando il chirurgo in caso di aumento delle secrezioni soprattutto se ematiche.

INFUSIONE DI LIQUIDI E BILANCIO IDROELETTROLITICO



- Prime 24 ore: elettroliti, glucosate o sangue e suoi derivati (pz anemici o pazienti che hanno avuto perdite ematiche intraoperatorie);
- Registrare al termine di ogni contenitore la quantità infusa, i farmaci aggiunti e la durata, per permettere di calcolare la quantità di liquidi nelle 24 ore

NUTRIZIONE PARENTERALE



- Somministrazione di nutrienti, minerali, e vitamine attraverso, solitamente, un catetere venoso centrale.
- Può essere parziale quando il paziente è in grado di assumere alcuni alimenti per os o totale quando ciò non è possibile
- Gestione asettica della via venosa;
- Esami ematici giornalieri: emocromo, glicemia, elettroliti e azotemia allertando il medico se valori si alterano significativamente
- Complicanze più grave (NPT) : sepsi da introduzione di batteri, altre complicanze: legate alla velocità di infusione sono iperglicemia, glicosuria

COMPLICANZE POSTOPERATORIE

- INCISIONE LAPAROTOMICA
- APPARATO RESPIRATORIO
- APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO
- APPARATO UROLOGICO
- APPARATO GASTROINTESTINALE
- IPEPIRESSIA
- MOF (MULTI ORGAN FAILLURE)
- EMORRAGIA
- POLMONE DA SHOCK (ARDS)
- POLMONITE ACUTA
- PANCREATITE POSTOPERATORIA
- SINDROME DA OSPEDALIZZAZIONE

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE POSTOPERATORIE

- **PROFILASSI ANTIBIOTICA**
- **PROFILASSI ANTITROMBOTICA**
- **BILANCIO IDRO-ELETTROLITICO**
- **MOBILIZZAZIONE PRECOCE**
- **CATETERISMO VESCICALE**
- **SONDINO NASO-GASTRICO**

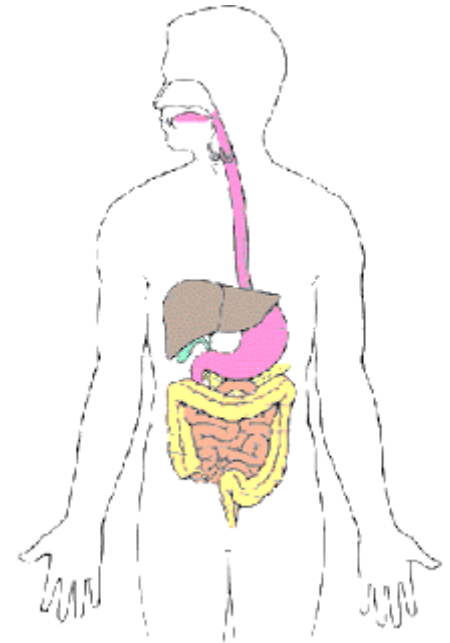
FEBBRE POST-OPERATORIA

- FERITA
- APPARATO RESPIRATORIO
- ASCESSI CUTANEI ED INTRAADDOMINALI
- FLEBITI
- DA FARMACI
- DA EMOTRASFUSIONI
- NEOPLASTICA
- IPERTIROIDISMO
- COLLAGENOPATIE



APPARATO GASTROINTESTINALE

- **Gastrectasia acuta**
- **Ileo paralitico precoce e tardivo**
- **Ascesso addominale**
- **Deiscenza anastomosi**
- **Ulcera peptica perforata**
- **Colecistite acuta**
- **Cause Meccaniche (aderenze, ernie interne, invaginazioni)**



MOF

(INSUFFICIENZA FUNZIONALE PROGRESSIVA DI PIÙ ORGANI)

“ È dovuta alla attivazione massiva dei meccanismi dell'infiammazione ”

- insufficienza renale
- Alterazioni gastro-intestinali
- Coagulopatia intravascolare disseminata (CID)
- Coma cerebrale

COMPLICANZE DA NOTARE SULLA FERITA CHIRURGICA

➤ EMATOMA

➤ INFEZIONE

➤ FISTOLA

➤ DEISCENZA ED EVISCERAZIONE

➤ CHELOIDE (LUNGO TERMINE)

COMPLICANZE POSTOPERATORIE

TROMBOSI VENOSA PROFONDA:

specie interventi ortopedici urologici (prostatectomia)
età sopra i 40 anni obesi con patologia maligna,
pazienti ginecologiche, gruppi a rischio es paralisi arti inferiori o con ictus;

Interventi: prevenzione con ginnastica passiva o mobilizzazione precoce, utilizzo di calze elastiche, somministrazione di eparina a basso dosaggio (sc)

COMPLICANZE RESPIRATORIE:

atelettasia, bronchite, broncopolmonite (dopo 48 ore)

Interventi: ginnastica respiratoria, mobilizzazione e deambulazione precoce

COMPLICANZE POSTOPERATORIE

RITENZIONE URINARIA

- La sera stessa dell'intervento se non presenta C.V. Il paz. deve urinare
- È importante che la minzione sia controllata per evidenziare eventuali anurie o ritenzione correlata a difficoltà alla minzione per manipolazione organi o per dolore.

INSUFFICIENZA RENALE ACUTA

- Insufficiente apporto di liquidi
- Perdita di liquidi
- Emorragia -Sepsi -Shock (400 c.c. 24/4)

DIMISSIONE



- **GUARIGIONE CHIRURGICA**
- **UNITÀ DI LUNGO-DEGENZA**
- **ASSISTENZA DOMICILIARE**
- **STRETTA COLLABORAZIONE CON IL CURANTE**