LA PRESA IN CARICO NEL POSTOPERATORIO

Assistenza chirurgica generale

Docente: Laura Messina

ASSISTENZA POSTOPERATORIA

Obiettivi

- Prevenire e monitorare le complicanze
- Favorire il recupero dell'autonomia
- Educare il paziente all'autogestione delle eventuali limitazioni derivanti dalla chirurgia

ASSISTENZA POSTOPERATORIA

Ogni intervento chirurgico caratterizza l'assistenza nel postoperatorio

- Tipo di intervento
- Tipo di anestesia
- Condizioni psico-fisiche del paziente nel preoperatorio
- Complicanze legate all'atto chirurgico

GLI INTERVENTI CHIRURGICI

CRITERI

Complessità
- Alta-altissima: intestino
- Medio-alta: protesi d'anca
- Media: safenectomia
- Piccola: cataratta

Urgenza
- Elezione
- Urgenza
- Emergenza

Scopo
- Diagnostico: biopsia
- Ablativo: colecistectomia
- Ricostruttivo: mastoplastica
- Palliativo: colonstomia

STRESS CHIRURGICO

- Attivazione asse ipotalamo-ipofisi-surrene con rilascio di catecolamine
- Aumento produzione di cortisolo:
  - aumento del tono cardiovascolare
  - aumento livelli di glucosio
  - esaurimento di proteine e muscolo

ANESTESIA: differenze

GENERALE	LOCO-REGIONALE
• Abolizione della coscienza • Valutazione del riflesso alla deglutizione nel post-operatorio • Anestetici volatiti hanno potente effetto emetico • Anestetici ev con scarso effetto analgesico	• Mantenimento della coscienza • Scarse ripercussioni sull'apparato respiratorio e cardiocircolatorio • Anestesia spinale determina importante ipotensione e cefalea tardiva • Gestione del dolore post-operatorio con catetere peridurale

ASSISTENZA POSTOPERATORIA

Finalizzata a riconoscere e prevenire l'insorgenza di complicanze

- ❖ ACCERTAMENTO REGOLARE
- ❖ MONITORAGGIO SELETTIVO
- ❖ DOCUMENTAZIONE TEMPESTIVA

PRESA IN CARICO

1. Accoglimento e supporto relazionale
2. Osservazione clinica
3. Posizionamento del paziente e dei sistemi di drenaggio
4. Valutazione degli accesi venosi
5. Verifica delle prescrizioni post-op
6. Valutazione dei segni vitali e del dolore

1. Accoglimento e supporto

- Ambiente tranquillo
- Unità di degenza preparata per prevenire l'ipotermia:
  - Temperatura ambientale non inf 21°C
  - 2 coperte o un piumino
- Supporto dei familiari

2. Osservazione clinica

- Stato di coscienza e vigilanza
- Colorito cute e mucose
- Facies sofferente
- Presenza di brivido o manifestazione di freddo
- Medicazione: sito e caratteristiche
- Drenaggi: tipologia, sede, quantità e qualità del materiale drenato
- Catetere vescicale: tipo, quantità e qualità urine

3. Posizionamento

- Postura antalgica
- Posizione di sicurezza in caso di vomito
- Posizionamento drenaggi, CV, ecc…

4. Valutazione accessi venosi

- Tipologia di acceso venoso
- Tipologia di fluidi in infusione e velocità

5. Verifica delle prescrizioni post-operatorie

- Quale operazione ha subito il paziente?
- Complicanze intraoperatorie
- Prescrizioni postoperatorie:
  - idratazione
  - analgesia
  - ossigenoterapia
  - controlli ematochimici

6. Valutazione dei segni vitali e del dolore

- Rilevazione segni vitali indicatori di stabilità emodinamica
- Accertamento del dolore a riposo e in movimento attraverso scale (es. NRS)

COSA MONITORARE?

- ✓ Temperatura
- ✓ Frequenza cardiaca
- ✓ Frequenza respiratoria e SpO2
- ✓ Pressione arteriosa
- ✓ Dolore
- ✓ Volume urinario o prima minzione
- ✓ Drenaggio e ferita

(SIGN,2004)

TEMPI DI MONITORAGGIO

Incidenza di complicanze nelle prime 4-6 ore

⬇

- ✓ Monitoraggio ogni ora nelle prime 4 ore e successivamente ogni 4 ore
- ✓ Monitoraggio ogni mezz'ora nelle prime 2, ogni ora per 4 ore e poi ogni 4 ore

⬇

Valutazione del trend dei parametri

COMPLICANZE POSTOPERATORIE

- ❖ RITENZIONE URINARIA
- ❖ IPOTENSIONE
- ❖ DISTURBI COGNITIVI E DELIRIO
- ❖ PONV

AREE DI SORVEGLIANZA

✓ Stato di coscienza	Stato di agitazione e delirio
✓ Funzione respiratoria	Ipossiemia e complicanze polmonari
✓ Funzione cardiovascolare	Aritmie, ipotensione, ipertensione
✓ Temperatura	Ipotermia e brivido postoperatori

AREE DI SORVEGLIANZA

✓ Dolore	Conseguenze sulla mobilità, morbidità e qualità di vita
✓ Minzione	Ritenzione urinaria acuta
✓ Drenaggi chirurgici	Sanguinamento e rischio di infezione
✓ Diuresi e bilancio idroelettrolitico	Sovraccarico o deplezione idrica

AREE DI SORVEGLIANZA

Stato di coscienza

- Stato di agitazione e delirio

Accertamento:

- Responsività
- orientamento spazio temporale
- Presenza di agitazione
- Riflessi (deglutizione)
- Tipo di anestesia

Stato di coscienza

Obiettivo

Mantenere la vigilanza e prevenire l'insorgenza di agitazione e delirio

Interventi:

- promuovere un ambiente tranquillo e sereno
- Coinvolgere i familiari
- Parlare in tono pacato e stimolare la vigilanza con domande

AREE DI SORVEGLIANZA

Funzione respiratoria

- Ipossiemia
- Complicanze polmonari

Accertamento:

- Tipo di anestesia e d'intervento
- Condizioni basali del paziente (fumo, patologie polmonari, obesità)
- Frequenza respiratoria (FR)
- Saturazione periferica d'ossigeno (SpO2)
- Difficoltà respiratoria, utilizzo dei muscoli accessori

Funzione respiratoria

Obiettivo

Mantenere ottimali gli scambi gassosi

Interventi:

- Monitoraggio funzionalità respiratoria
- Se possibile posizionare in Fowler o semi Fowler
- Ginnastica respiratoria
- Tosse controllata
- Favorire mobilizzazione precoce
- Se necessario ossigenoterapia

AREE DI SORVEGLIANZA

Funzione cardiovascolare

- Aritmie (tachicardia, bradicardia)
- Instabilità emodinamica (ipertensione, ipotensione)

Accertamento:

- FC e ritmo
- PA
- Colore e flusso urine
- Cute ed estremità (fredde o calde, rosee o pallide)
- Stato di coscienza (confusione, spossatezza)

Funzione cardiovascolare

Obiettivo

Mantenere stabilità emodinamica

Interventi:

- Monitoraggio parametri vitali
- Valutazione in relazione alle condizioni basali
- Monitoraggio perdite da drenaggio (quantità e qualità)
- Controllo diuresi e Bilancio
- Eventuale esecuzione esami ematochimici

AREE DI SORVEGLIANZA

Temperatura

- Ipotermia accidentale

Accertamento:

- TC
- Brivido
- Estremità
- Colorito mucose

Temperatura

Obiettivo

Mantenere la normotermia

Interventi:

- Nel preoperatorio valutare i pazienti a rischio e intervenire se TC < 36 °C prima delle S.O.
- In S.O. evitare dispersione di calore
- Monitorare TC ogni 30'
- Preparare il letto di degenza con 2 coperte
- Assicurarsi che la temperatura ambientale non sia sotto i 21°C

AREE DI SORVEGLIANZA

Dolore

- Conseguenze psicologiche e fisiologiche

Gestione:

- Accertamento regolare a riposo e in movimento con utilizzo di scale (VAS, NRS)
- Valutazione sede e caratteristiche
- Posizione antalgica

AREE DI SORVEGLIANZA

Minzione

- Ritenzione urinaria

Accertamento e gestione:

- Prevenire la distensione vescicale
- Palpazione e ispezione in regione sovrapubica
- Valutazione presenza di dolore addominale e/o agitazione

AREE DI SORVEGLIANZA

Diuresi e bilancio

- Ipovolemia
- Sovraccarico/edema interstiziale

Obiettivo:

Mantenere la normovolemia in relazione alle condizioni e alle esigenze del singolo paziente

AREE DI SORVEGLIANZA

Medicazione e Drenaggi chirurgici

- Rischio di sanguinamento
- Rischio di infezione

Accertamento:

- Tipologia e sede
- Quantità e qualità del liquido drenato
- Segnalare al medico: abbondante ed improvvisa fuoriuscita di materiale ematico; brusca interruzione; presenza di materiale fecale, biliare o urinario

LA MEDICAZIONE

OBIETTIVI

- Controllare il sanguinamento postoperatorio
- Assorbire l'essudato
- Alleviare il dolore
- Proteggere i tessuti in via di ricostruzione

LA MEDICAZIONE

La ferita va protetta dal termine della procedura chirurgica fino a 24/48 ore

✓sostituzione con tecnica *"no-touch"*

✓anticipare la sostituzione se bagnata o sporca di sangue

Gestione della ferita

- ✓ Lavarsi sempre le mani prima e dopo ogni medicazione
- ✓ Effettuare la detersione con fisiologica sterile
- ✓ Rilevare i possibili segni di infezione
- ✓ Utilizzare anche medicazioni avanzate (Idrocolloidi, in poliuretano..)
- ✓ Educare il paziente ed i familiari per la cura a domicilio

I DRENAGGI

- <u>Per capillarità:</u>
  in para, zaffi e Penrose
- <u>A caduta:</u>
  tubulari
- <u>In aspirazione:</u>
  Emodren®

Gestione dei drenaggi

- Assicurarsi che il drenaggio rimanga chiuso ed unidirezionale
- Medicare mantenendo l'asepsi con movimenti circolari intorno al sito d'inserzione, verificando la tenuta dei punti di ancoraggio
- Rimuoverlo il prima possibile per ridurre il rischio di infezione

Riconoscere un deterioramento nelle condizioni cliniche

☞ FR <8 o >25
☞ FC <50 o >125
☞ SpO2 <90%
☞ PAS <90 o >200mmHg
☞ Volume urinario <30 ml per 4 ore

E valutare:

- TC superiore a 38°C o inferiore a 36°C
- Segni di sanguinamento
- Bilancio idrico

Gestione postoperatoria

MODELLI	ALTERAZIONI
Alimentazione	Malnutrizione, sete, nausea e vomito
Eliminazione	Rallentamento della motilità, *ileus*
Mobilità	Tvp, complicanze respiratorie

LA SETE

- Somministrazione di atropina
- Patologie concomitanti (es. diabete)
- Preparazione all'intervento

- Evitare digiuno preoperatorio
- Piccoli sorsi di acqua

  10-15 ml alla comparsa riflesso, non per paz con interventi: cavo-orale, esofago, stomaco
- Aumento del flusso della terapia idratante e.v.

ALIMENTAZIONE PERIOPERATORIA

Perché è un problema?

- PREOPERATORIO
- POSTOPERATORIO

ALIMENTAZIONE PREOPERATORIA

Quale gestione e perchè?

- …

ALIMENTAZIONE POSTOPERATORIA

Finalità

- Ridurre il deficit energetico muscolare
- Diminuire le perdite azotate
- Controllare l'equilibrio idro-elettrolitico
- Reintegrare le riserve energetiche e proteiche

LA GESTIONE IERI…

NULLA PER OS FINO V-VI giornata

Ma..

Non incide sulla deiscenza dell'anastomosi

- Preparazione intestinale precedente
- Tecnica chirurgica
- Stato nutrizionale e assunzione di alimenti

QUALE GESTIONE OGGI?

Distinguere

- Interventi che non coivolgono il tratto GI
  Incoraggiare a bere quando vigile e con riflesso alla deglutizione
- Interventi tratto gastrico e intestinale
  Consultare il team chirurgico

(RCN, 2005)

ALIMENTAZIONE POSTOPERATORIA

TIPOLOGIA DI INTERVENTO

TRATTO GASTRICO SUPERIORE

- Prediligere idratazione e nutrizione enterale tramite sonda digiunale

TRATTO INTESTINALE

- Rialimentazione precoce
- Dieta libera entro 24/48 ore
- Valutare presenza di nausea, vomito e gonfiore

ALIMENTAZIONE PRECOCE

- Riduce il rischio di malnutrizione
- Favorisce la guarigione della ferita e dell'anastomosi intestinale
- Aumenta la funzionalità muscolare e la resistenza dell'anastomosi
- Migliora la risposta immunitaria

RIPRESA DELLA PERISTALSI

ILEUS FISIOLOGICO

Temporanea riduzione della motilità intestinale che si risolve al massimo dopo 3-4 gg

⬇

ILEUS PARALITICO

Complicanza accompagnata da dolore crampiforme, distensione addominale, nausea e vomito, provoca:
- ritardo nella ripresa dell'alimentazione
- aumento delle degenza e dei costi

ILEUS POSTOPERATORIO

FATTORI CHIRURGICI
- Base neurogenica
- Base infiammatoria
- Base ormonale

FATTORI PAZIENTE
- Stipsi cronica
- Digiuno pre-operatorio
- SNG
- Immobilità a letto

FATTORI FARMACOLOGICI
- Analgesici oppioidi

Interventi assistenziali

- Approccio chirurgico meno invasivo
- Preferire i FANS alla morfina
- Alimentazione precoce
- Idratazione intraoperatoria controllata
- Limitazione nell'uso del SNG
- Mobilizzazione precoce
- Uso di gomme da masticare

RISOLUZIONE DELL'*ILEUS*

Indicatori:

- Primo movimento intestinale all'auscultazione
- Assenza di nausea e vomito
- Alvo aperto ai gas
- Tolleranza di una dieta liquida e solida

MOBILIZZAZIONE PRECOCE

OBIETTIVI

- Prevenire la trombosi venosa profonda
- Prevenire la stasi delle secrezioni e l'espansione toracica
- Migliorare il comfort
- Favorire la ripresa dell'autonomia

Quali pazienti posso mobilizzare?

- Tipo di intervento
- Condizioni del paziente
- Tipo di anestesia

VALUTAZIONE RISCHIO/BENEFICIO

Interventi assistenziali

- ✓ Favorire una mobilizzazione progressiva
- ✓ Sedazione del dolore e utilizzo di strategie per ridurlo
- ✓ Predisporre i presidi per mobilizzare in sicurezza e gestire i dispositivi invasivi
- ✓ Rilevare la PA in clino e ortostatismo
- ✓ Osservazione clinica durante il posizionamento
- ✓ Insegnare esercizi attivi a letto

Mobilizzazione post-intervento addominale

Precoce in I^ giornata postoperatoria:

- Controllo del dolore
- Nel passaggio da posizione supina a seduta:
  1. Posizionare i presidi dal lato dominante
  2. Testiera 45-60°
  3. Garantire tempi di adattamento posturale
  4. Posizione frontale dell'operatore
- Comprimere la ferita per ridurre il dolore

Mobilizzazione post-intervento di protesi d'anca

!Evitare lussazione della protesi!

In I^ giornata:

- Mantenere in asse e in abduzione
- Negli spostamenti a letto sostenere l'arto operato

Nei giorni successivi:

- Per la mobilizzazione sul fianco sano posizionare un cuscino fra gli arti inferiori leggermente flessi
- Seduto bordo letto
- Mobilizzazione in carrozzina con un cuscino sulla seduta e in due operatori sostenendo l'arto e il bacino

Nei pazienti immobilizzati..

- Dispositivi a compressione pneumatica intermittente
- Insegnare esercizi attivi per gli arti inferiori:
  - Flessione dell'anca e del ginocchio
  - Flessione della caviglia
  - Movimenti circolari del piede