



casa di cura

Fogliani

1° Aprile 2017

Monitoraggio e gestione del paziente a rischio emorragico e trombotico nell'immediato post operatorio

*Camellini Chiara
Coordinatrice infermieristica*

TEV E CHIRURGIA ORTOPEDICA

Senza profilassi l'incidenza di TVP nell'*artroprotesi di anca* è pari al 50%, (circa il 18% prossimali), mentre quella di embolie polmonari fatali è intorno al 2%.

L'intervento per artroprotesi di ginocchio invece, è associato ad un rischio di complicanze tromboemboliche venose ancora più elevato, circa 60-80% senza profilassi. Tuttavia, l'incidenza di TVP sovra poplitea è inferiore rispetto al gruppo di pazienti trattati per sostituzione totale d'anca.

Nella chirurgia ortopedica è quindi fondamentale una valutazione globale del paziente, utilizzando tutte le informazioni disponibili in Letteratura.

Considerare le Linee Guida non uno strumento coercitivo ma un fondamentale supporto all'attività clinica nella prevenzione della TVP.

FATTORI DI RISCHIO TEV

Fattori di rischio da identificare :

- Età >40 anni
- Uso di estro-progestinici o di inibitori ormonali < 30 gg
- Prolungato allettamento
- Presenza di CVC
- Infezioni gravi
- Insufficienza respiratoria o cardiaca coronarica
- Malattie infiammatorie croniche dell'intestino
- Obesità grave (BMI F >28 M >30)

FATTORI DI RISCHIO TEV

- Pregressa tvp o tromboembolia
- Gravidanza o puerperio (<6 settimane dal parto)
- Paralisi di uno o più arti
- Neoplasia in fase attiva
- Trauma grave (soprattutto con fratture di colonna vertebrale, pelvi, arti inferiori)
- Sindrome nefrosica
- Vene varicose

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CHIRURGICO

Rischio alto:

Chirurgia maggiore in pz età >40, o con fattori di rischio addizionali

Chirurgia minore in pz età >60, o con fattori di rischio addizionali

Rischio moderato:

Chirurgia minore in pz età <40, con fattori di rischio addizionali

Chirurgia maggiore in pz età <40, senza fattori di rischio addizionali

Chirurgia minore in pz età 40-60, senza fattori di rischio addizionali

Rischio basso:

Chirurgia minore in pz età <40, senza altri fattori di rischio tromboembolico

Rischio altissimo:

Chirurgia maggiore in pz età >40 con: neoplasia, pregresso TEV, trombofilia, artroplastica dell'anca o del ginocchio, chirurgia per frattura di femore o traumi gravi

FATTORI DI RISCHIO EMORRAGICO

- Emorragia in atto
- Stato emofilico acquisito (es. danno epatico acuto)
- Uso concomitante di anticoagulanti (i.e. warfarin con INR > 2)
- Ictus cerebrale acuto
- Ipertensione non controllata (230/120 mmHg o più alta)
- Trombocitopenia
- Disordini emorragici ereditari non trattati (es. emofilia o Malattia di von Willebrand)

FATTORI DI RISCHIO EMORRAGICO

- Neurochirurgia , chirurgia spinale o oculare
- Puntura lombare, anestesia spinale/epidurale programmata entro le successive 12 ore
- Puntura lombare, analgesia epidurale/spinale nelle 4 ore precedenti
- Chirurgia alla tiroide

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO



APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE (BIO-PSICO-SOCIALE)

- Instaurare con il paziente un rapporto di fiducia
- Conoscere la situazione anatomo-patologica pre-operatoria
- Avere informazioni sul quadro della disabilità pregressa e la presenza di eventuali comorbidità
- Eventuale assunzione di terapie domiciliari
- Conoscere ansie e aspettative del paziente



VALUTAZIONE PRE-INTERVENTO

- Livello clinico (valutazione dei pregressi interventi chirurgici, delle patologie pre-esistenti, valutazione degli esami ematochimici in collaborazione con il personale medico)
- Livello funzionale (valutazione dell'autonomia nelle ADL pre-operatorio)
- Livello psicologico (tono umorale , depressione)
- Livello sociale (condizioni relazionali, situazione abitativa)
- Qualità di vita

Ric.: 01/03/2017

77

Elimina Cancellata Aggiorna Esegui Naviga Letti Stampa Stat. Esci

Ricovero Contatti Valutazione Diaria Strumenti Procedure Terapia Dieta/Medic. P.Vit./Bilancio Dolore Consumi

Diagnosi Infermieristiche Valutazione Multidimensionale all'Ingresso Valutazione Multidimensionale alla Dimissione

Firma Valutazione all'ingresso:
CAMELLINI CHIARA

Firma Valutazioni aggiuntive (I):

- Area I.
- Dati e ricovero
- ▶ Patologie e deficit prevalenti
- Preparazione pre-operatoria
- Situazione neuropsicologica all'ingresso

<input type="checkbox"/> Pat. App. Gastroenterico	
<input type="checkbox"/> Pat. App. Respiratorio	
<input type="checkbox"/> Pat. App. Urinario	
<input type="checkbox"/> Pat. App. Endocrino	
<input type="checkbox"/> Pat. App. Neurologico	
<input type="checkbox"/> Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/> Incontinenza sfinterica
<input type="checkbox"/> Cecità	<input type="checkbox"/> Sordità
<input type="checkbox"/> Si Diabete <input checked="" type="checkbox"/> No	Insulinodipendenza <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Si Ipertensione <input type="checkbox"/> No	

Ric.: 01/03/2017



77



Elimina

Cancella



Aggiorna



Esegui



Naviga



Letti



Stampa



Stat.



Esci



XE10.1

Ricovero Contatti Valutazione Diaria Strumenti Procedure Terapia Dieta/Medic. P.Vit./Bilancio Dolore Consumi

Diagnosi Infermieristiche Valutazione Multidimensionale all'Ingresso Valutazione Multidimensionale alla Dimissione



Firma Valutazione all'ingresso:

CAMELLINI CHIARA



Firma Valutazioni aggiuntive (1):

Area

I.

Dati e ricovero

▶ Patologie e deficit prevalenti

Preparazione pre-operatoria

Situazione neuropsicologica all'ingresso

 Pat. App. Endocrino Pat. App. Neurologico Ulcere da decubito Incontinenza sfinterica Cecità Sordità Si Diabete No

Insulinodipendenza

 Si Ipertensione No

Pregressi interventi chirurgici

ISTERECTOMIA+PROTESI SPALLA+INTERVENTO AL GOMITO PER CADUTA NEL 2016

 AltroLIEVE INSUFFICIENZA AORTICA
SETTICEMIA DATA DA INFEZIONI ALLE VIE URINARIE

Note

Firma Valutazione all'ingresso:
Firma Valutazioni aggiuntive (I):

Intervento chirurgico
CR IN PG
Provenienza
Ospedale

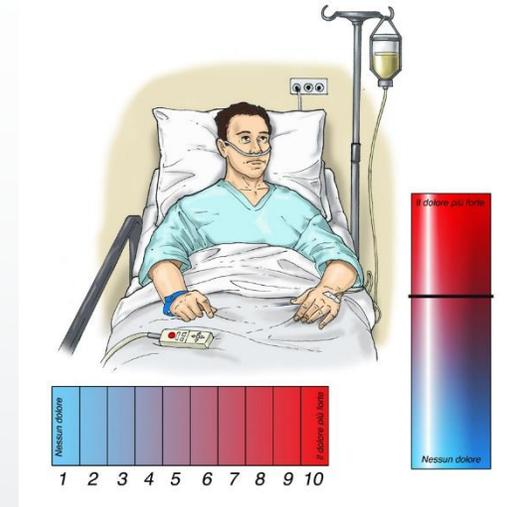
- Area
- Dati e ricovero
- Patologie e deficit prevalenti
- Preparazione pre-operatoria
- Situazione neuropsicologica all'ingresso
- Assistenza sociale
- Riposo/sonno
- Mobilizzazione
- Cavo orale
- Cute
- Igiene
- Alimentazione e idratazione
- Alvo
- Diuresi
- Sicurezza
- Comunicazione
- Valutazione

Note

ALL'USCITA DALLA SALA OPERATORIA

Controlli da effettuare :

- Corretto allineamento posturale del paziente a letto
- Posizionamento «archetto»
- Posizionamento divaricatore per l'artroprotesi di anca
- Posizionamento al lato del letto del drenaggio: controllare che esso sia in aspirazione e segnarsi l'ora entro la quale sarà possibile eseguire il ricircolo
- Posizionamento corretto del catetere vescicale al lato opposto del letto rispetto la ferita chirurgica
- Rilevazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione, temperatura corporea e dolore)



ALL'USCITA DALLA SALA OPERATORIA

- Controllo della diuresi
- Controllo della prescrizione anestesiológica
- Posizionamento del ghiaccio
- Controllo radiológico post operatorio
- Sulla base dell'ora segnata in cartella clinica, entro cinque ore dopo il posizionamento del drenaggio, potrà essere effettuato il ricircolo del sangue perso dal drenaggio (sangue filtrato)

PRIMA GIORNATA POST-OPERATORIA

- Controllo parametri vitali
- Controllo bilancio idroelettrolitico (con particolare attenzione alle possibili perdite ematiche)
- Controllo del dolore: monitoraggio secondo NRS e somministrazione analgesica ad orari e/o ad infusione continua, rescue dose
- Inizio mobilizzazione passiva e posizionamento del paziente seduto sul letto
- Controllo esami ematochimici



SECONDA GIORNATA POST OPERATORIA

- Controllo dei parametri vitali
- Rimozione drenaggio
- Rimozione catetere femorale (presente solo nelle PTG)
- Controllo bilancio idroelettrolitico
- Controllo del dolore: monitoraggio secondo NRS e somministrazione analgesica ad orari e/o ad infusione continua, rescue dose
- Inizio mobilizzazione attiva con assunzione postura seduta in sedia

TERZA GIORNATA POST OPERATORIA

- Rimozione catetere vescicale
- Inizio deambulazione assistita con ausili (girello/deambulatore)
- Prosecuzione trattamento riabilitativo in regime di ricovero ordinario, salvo indicazioni diverse stabilite dall' equipe
- Nuovo controllo esami ematochimici
- Prosecuzione della terapia antalgica ad orari



OBIETTIVI 0-7° GIORNATA

(SPECIFICI, MISURABILI, RAGGIUNGIBILI,
REALISTICI, TEMPORIZZATI)

- Tutelare intervento chirurgico
- Controllare: parametri vitali, bilancio idroelettrolitico, dolore, segni di possibile infiammazione, presenza di edema
- Ridurre al minimo gli effetti dell'immobilizzazione
- Recupero R.O.M. (0-90° anca, 0-75° ginocchio)
- Attivazione controllo neuromuscolare arto operato
- Autonomia nei passaggi posturali supino-seduto
- Impostazione schema del passo
- Istruire il paziente sulle corrette accortezze da tenere per recuperare l'autonomia nelle ADL

POSIZIONAMENTO ARTO OPERATO

- Posizionare divaricatore rigido per mantenere le gambe divaricate (ATA)
- Arto posizionato in leggera abduzione
- Evitare la flessione dell'anca o del ginocchio operato (posizioni antalgiche)
- Correggere eventuali rotazioni dell'arto operato
- Non incrociare le gambe (ATA)
- Corretta posizione del comodino e del dispositivo di chiamata
- Dopo qualche giorno, secondo le indicazioni del fisioterapista, è possibile sostituire il divaricatore con un cuscino più morbido ed istruire il paziente al riposo sul fianco



TERAPIA FARMACOLOGICA ANTICOAGULANTE

Secondo le Linee Guida ACCP 2012 (Evidence-Based per la terapia e prevenzione del TEV nei pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica):

in pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica maggiore si suggerisce di continuare la trombo profilassi fino ad almeno il 35° giorno post operatorio, piuttosto che interromperla al 10-14° giorno.

Utilizzando:

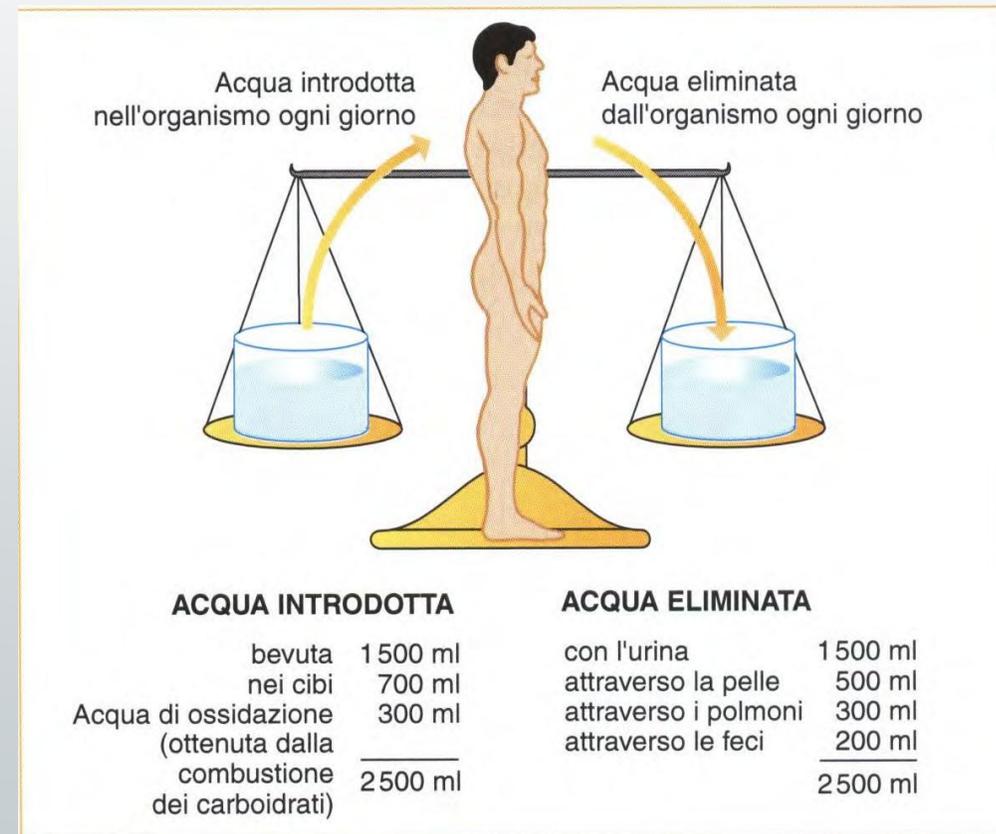
- EBPM
- NAO
- Eparina non frazionata a dosi profilattiche
- Antagonisti della vitamina K

BILANCIO IDROELETROLITICO

La valutazione dello stato di idratazione si fonda su parametri clinici, anamnestici e biologici.

Fondamentale è la stima delle entrate e delle perdite, che devono essere misurate in termini quantitativi precisi.

Devono essere registrate le **entrate** (infusini parenterali e assunzioni per os) e le **uscite** (diuresi, vomito, ristagno gastrico, materiale del drenaggio).



BILANCIO IDROELETTROLITICO

Secondo le procedure operative della nostra struttura, la rilevazione dei parametri determinanti il **bilancio idroelettrolitico** inizia all'uscita della sala operatoria e prosegue per le successive 48h (salvo diverse prescrizioni mediche o condizioni particolari del paziente).

Parametri:

Entrate

- OS
- EV
- Trasfusioni
- Reinfusioni

Uscite

- Diuresi
- Drenaggio
- SNG

Nascita: ██████████ Ricovero: 14/03/2017

Operabil. Allergie TAO .. Sintesi c. Esegui

Terapia Parametri Medicaz. Diari Strum-Proc. Dieta

Parametri Vitali Parametri Vitali (Grafici) Bilancio Idrico - Diario Minzionale

Richiedente	Data	Ora	n.
██████████	16/03/2017	14.30	
CHIARA CAMELLINI	15/03/2017	14.30	

Apporto:		Perdite:		Bilancio:	
Subtotale (+8h):	1900	Subtotale (+8h):	1065	Bilancio (+8h):	835
Subtotale (+8h):	0	Subtotale (+8h):	425	Bilancio (+8h):	775
Subtotale (+8h):	1200	Subtotale (+8h):	0	Bilancio (+8h):	0
Totale (24h):	3100	Totale (24h):	1490	Bilancio (24h):	1610
Tot. reinfusioni:	0				

(*) Note relative alle Perdite!

Apporto	14.30	15.30	16.30	17.30	18.30	19.30	20.30	21.30	22.30	23.30	00.30	01.30	02.30	03.30	04.30	05.30	06.30	07.30	08.30	09.30	10.30	11.30	12.30	13.30
EV		200						200	500				100		500		500		300				500	
OS						100		100				100			0				50					25
Trasfusioni																								
Reinfusioni																								
Entrate Intervento	1300																							

Perdite	14.30	15.30	16.30	17.30	18.30	19.30	20.30	21.30	22.30	23.30	00.30	01.30	02.30	03.30	04.30	05.30	06.30	07.30	08.30	09.30	10.30	11.30	12.30	13.30
Urine				150		75			75				100			150			100				500	75
Drenaggio					100	40							100						0				0	0
SNG																								
Uscite Intervento	700																							

Note:

BILANCIO IDROELETTROLITICO

Durante queste 48h vengono mediamente raccolti questi dati tre volte per turno, quindi all'incirca 9/10 volte in 24h.

Terminate le prime 48h vengono comunque monitorate durante tutta la durata del ricovero:

- Condizioni generali della cute e delle mucose del pz
- Eventuali perdite ematiche dalla ferita chirurgica
- Eventuale comparsa di episodi di diarrea
- Segni d'inappetenza del paziente
- Controllo periodico degli esami ematochimici

PARAMETRI VITALI

I Parametri Vitali da tenere in considerazione e da monitorare sono:

- Pressione Arteriosa
- Frequenza Cardiaca
- Saturazione (specificando se in presenza di O₂ tp o in AA)
- Frequenza respiratoria
- Temperatura (specificandone la sede di rilevazione)
- Dolore
- Livello di coscienza



PARAMETRI VITALI

Come per il bilancio idroelettrolitico ,nelle prime 48h, vengono rilevati i parametri vitali 9/10 volte in 24h salvo diverse prescrizioni mediche e/o necessità date dalle condizioni cliniche del paziente. Nei successivi giorni del ricovero vengono rilevati circa una volta la giorno.

L'alterazione dei parametri vitali (cardiocircolatori, respiratori , del sensorio) deve comportare l'allerta del medico per la possibile manifestazione di criticità quali ad esempio TEV (TVP e EP) e/o emorragia.

E' fondamentale la loro rilevazione e il loro monitoraggio per tutta la durata del ricovero.

Nascita: [REDACTED] Ricovero: 16/03/2017

Operabil. Allergie TAO .. Sintesi c. Esegui

Terapia Parametri Medicaz. Diari Strum-Proc. Dieta

Parametri Vitali Parametri Vitali (Grafici) Bilancio Idrico - Diario Minzionale

Inserisci, Elimina parametri: Inserisci, Elimina sospensione: Modifica programmaz.: Tutti Inizio: DANIELA SIMONA MARCU Oggi: ven 24/03/2017
Solo Attivi Sosp.:

Parametri	st.	Frequenza	Inizio	Sospensione	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Diuresi		Giornaliera	17/03/2017		Si						
Alvo		Giornaliera	17/03/2017		Si						
Pressione arteriosa in clinostatismo		Almeno una volta per turno	18/03/2017		-	-	-	-	-	-	-
Frequenza Cardiaca-Polso		Almeno una volta per turno	18/03/2017		-	-	-	-	-	-	-
SPO2		Almeno una volta per turno	18/03/2017		-	-	-	-	-	-	-
SPO2 - freq. cardiaca		Almeno una volta per turno	18/03/2017		-	-	-	-	-	-	-
Temperatura timpanica		Giornaliera	18/03/2017		Si						

Elenco Planning Inserisci, Elimina valore (F11) Ordine valori: Inserimento: PCGUARDIOLAINF 23/03/2017 13.04

D. Rilevamento	Ora	st.	Valore	Unità di misura	Operatore
23/03/2017	11.23		113,38/55,60	mm/Hg	[REDACTED]
23/03/2017	10.00		113/56		[REDACTED]
23/03/2017	08.09		118,99/63,49	mm/Hg	[REDACTED]
22/03/2017	20.33		104,90/58,09	mm/Hg	[REDACTED]
22/03/2017	17.53		117,81/66,19	mm/Hg	CHIARA CAMELLINI
22/03/2017	15.46		111,01/54,73	mm/Hg	CHIARA CAMELLINI
22/03/2017	13.27		107,01/55,20	mm/Hg	CHIARA CAMELLINI
22/03/2017	12.50		98,25/58,86	mm/Hg	CHIARA CAMELLINI

Note:

DOLORE POST OPERATORIO

Il dolore va trattato ,non come sintomo ,ma come malattia per le implicazioni che questo ha nell'outcome del paziente

- Gli interventi chirurgici producono lesioni tissutali e sono fonte inevitabile di dolore (ANZCA,2005; ESRA,2005)
- In media un sollievo soddisfacente del dolore dopo ATA si verifica circa 7 giorni dopo l'intervento, mentre per l'intervento di PTG i pazienti possono avvertire dolore anche dopo 50 giorni (Salmon et al., 2001)
- Nelle donne si rilevano livelli di dolore post operatorio molto più elevati rispetto agli uomini e questo si riflette anche nell'outcome

DOLORE POST-OPERATORIO

Se non viene trattato in maniera appropriata, il dolore può incidere negativamente sulla morbilità peri operatoria.

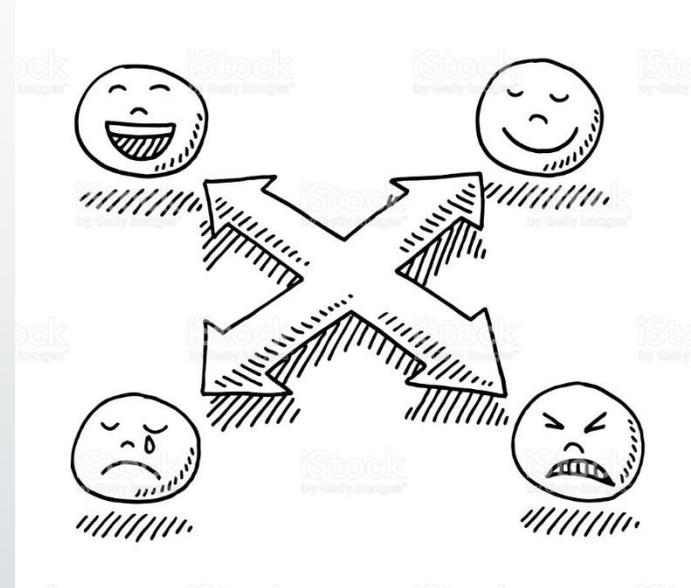
In fase post operatoria il dolore deve essere valutato più volte al giorno, in particolare a ogni nuovo episodio di dolore e dopo la somministrazione di un farmaco analgesico.

I metodi di valutazione possono essere:

- **soggettivi** (unidimensionali e multidimensionali)
- **oggettivi** (fisiologici e comportamentali)

Va iniziata precocemente e seguita correttamente la terapia antalgica prescritta:

una **terapia adeguata è essenziale** per far giungere a guarigione il paziente. Pertanto è da evitare sopra o sotto dosaggio di farmaci, le terapie vanno eseguite nella quantità e nei tempi prescritti.



SCORE NRS

Inserimento Scala del Dolore.

Nessun dolore Massimo dolore

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Scala: NRS

Data - ora: 24/03/2017 - 08.10

Sede: GINOCCHIO SX

Punteggio: 2

Utente: CAMEC CAMELLINI CHIARA

Password:

OK Annulla

Ric.: 14/03/2017

76

Elimina

Cancel

Aggiorna

Esegui

Naviga

Letti

Stampa

Stat.

Esci

XE10.1

- Ricovero
- Contatti
- Valutazione
- Diaria
- Strumenti
- Procedure
- Terapia
- Dieta/Medic.
- P.Vit./Bilancio
- Dolore**
- Consumi

Scala rilevazione Dolore

Elenco Prescriz.

Grafico Dolore

Elenco Rilevaz.

Inserisci elimina:

+

-

Sospensione Monitoraggio:

+

-

Tutti 1
 Solo Attivi

↑

↓

🔍

🖨️

Scala	Prescrittore	D. Inizio	Ora	D. Fine	Dol. Scala	st.	Valore Rifer.	Stato
▶ NRS	DR. EMANUELE TRIPOLI	15/03/2017	12.10	16/03/2017	• 0 1	✗	01	-
NRS	DR. EMANUELE TRIPOLI	15/03/2017	15.10	16/03/2017	• 0	✗	00	-
NRS	DR. EMANUELE TRIPOLI	15/03/2017	19.10	16/03/2017	• 0	✗	00	-
NRS	DR. EMANUELE TRIPOLI	16/03/2017	04.10	17/03/2017	• 0 1	✗	01	-
NRS	DR. EMANUELE TRIPOLI	16/03/2017	09.10	17/03/2017	• 0 1 2	✗	02	-



Somministraz. Ora Valore st. Utente Somministrazione

▶ 15/03/2017 12.10 01 [Redacted]

Sede

PG SX

Scala

NRS



PREVENZIONE MECCANICA DELLA TVP

- UTILIZZO DI CALZE ELASTICHE, POMPA VENOSA PLANTARE O COMPRESSIONE PNEUMATICA INTERMITTENTE
- MOBILIZZAZIONE PRECOCE NEL RISPETTO DEL DOLORE
- UTILIZZO KINETEC PER FAVORIRE IL RIASSORBIMENTO DEL VERSAMENTO PERIARTICOLARE (GESTITO DAI FISIOTERAPISTI IN COLLABORAZIONE CON INFERMIERI E PERSONALE MEDICO)



CALZE ELASTICHE

«I pazienti sottoposti a PTG e ATA dovrebbero indossare, fin dall'ammissione, calze lunghe a compressione graduata se non controindicate. Quindi quando l'elasto-compressione con calze lunghe non è indicata, una idonea alternativa è rappresentata dal gambaletto. **I pazienti dovrebbero essere incoraggiati ad indossare CCG fino ad un completo recupero della mobilità.»**

National Collaborating Centre for Acute Care, April 2007.

Nella nostra struttura ,le calze elastiche, vengono posizionate prima di andare in sala operatoria, per quanto riguarda l'arto non da operare. Mentre per l'arto operato, viene posizionata al momento della rimozione del drenaggio. **Le calze sono mantenute (salvo diverse prescrizioni mediche e/o alterazione del quadro clinico) per tutta la durata della degenza.**

CALZE ELASTICHE

Le precauzioni da adottare nel loro impiego sono:

1. Scegliere la taglia adeguata
2. Calzare con cura nel giusto verso
3. Controllare quotidianamente la circonferenza della gamba
4. Evitare ripiegamenti sulla gamba
5. Togliere quotidianamente per un tempo non superiore ai 30 minuti
6. Istruire correttamente il paziente e/o il caregiver sul corretto posizionamento

Sono controindicazioni per il loro impiego:

1. Artereopatie periferiche degli arti inferiori
2. Neuropatie periferiche
3. Deformità degli arti inferiori
4. Dermatiti



RECUPERO MOBILITA' E CONTROLLO MOTORIO

LA FIGURA INFERMIERISTICA E' CON IL FISIOTERAPISTA IL PUNTO ESSENZIALE PER IL COLLEGAMENTO TRA LA STRUTTURA RIABILITATIVA E L'AMBIENTE DI VITA DEL PAZIENTE

- Stimolare il paziente a cambiare posizione nel letto, e se possibile, stimolarlo ed aiutarlo a lasciare il letto.
- Va ricercata la massima collaborazione del paziente che non deve subire gli spostamenti ma partecipare ad essi nel modo più attivo possibile

- Far sedere il paziente sul bordo del letto senza cuscini
- Farlo sedere su una sedia o su una carrozzina di fronte ad un tavolo su cui appoggiare oggetti
- Accompagnarlo in bagno piuttosto che usare la padella
- Alzarlo per farlo mangiare a tavola

OBIETTIVI 7°-14° GIORNATA

- Controllo dolore ,edema , infiammazione
- Recupero R.O.M. (0-90°) e flessibilità
- Recupero del controllo motorio (sistema neurologico di controllo, sistema attivo miofasciale, sistema passivo osteoarticolare)
- Incrementare forza e resistenza in preparazione alle attività funzionali
- Esecuzione passaggi posturali in autonomia
- Deambulazione autonoma con stampelle
- Salita e discesa delle scale (almeno 10 scalini)
- Recupero graduale A.D.L.
- Capacità di eseguire esercizi in autotrattamento e buona conoscenza delle restrizioni post operatorie

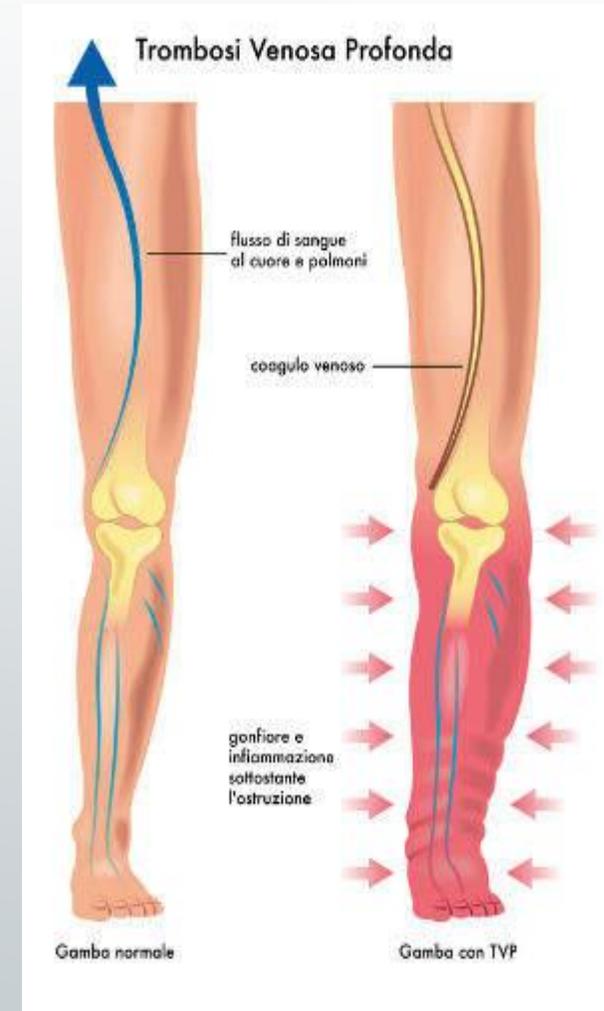


COSA CONTROLLARE DURANTE TUTTO IL RICOVERO? RISCHIO DI SVILUPPO DI TVP

La **TVP** deve la sua pericolosità al fatto che, nella maggioranza dei casi, si rivela una patologia asintomatica e i segni, quando presenti, possono essere aspecifici. È fondamentale che nel momento della diagnosi medica ed in corso di valutazione infermieristica vengano presi in considerazione i sintomi e soprattutto la storia clinica del paziente.

I sintomi a cui dare particolare attenzione sono:

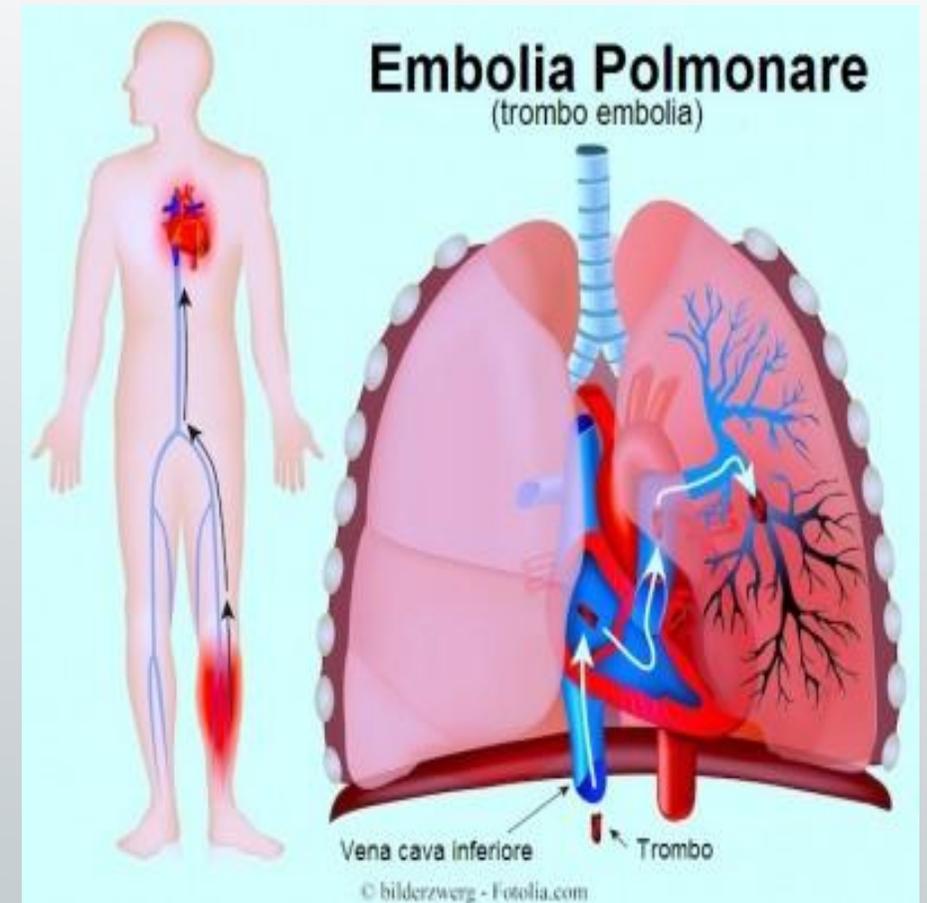
- Dolore
- Calore e arrossamento
- Distensione delle vene superficiali
- Gonfiore



COSA CONTROLLARE DURANTE TUTTO IL RICOVERO?

RISCHIO DI SVILUPPO DI EMBOLIA POLMONARE

- L'embolia polmonare è una patologia causata dall'ostruzione di una o più arterie polmonari; nella maggior parte dei casi è provocata da trombi che giungono ai polmoni da altre parti dell'organismo, soprattutto dagli arti inferiori
- L'embolia polmonare si verifica quasi sempre in contemporanea con la trombosi venosa profonda, (tromboembolia venosa).



COSA CONTROLLARE DURANTE TUTTO IL RICOVERO? RISCHIO DI SVILUPPO DI EMBOLIA POLMONARE

L' embolia polmonare può essere difficile da diagnosticare, soprattutto per quei pazienti che soffrono di patologie cardiache o polmonari concomitanti.

Fondamentale quindi osservare nei pazienti la comparsa di sintomi quali:

- Mancanza di fiato: questo sintomo può manifestarsi gradualmente o all'improvviso e può verificarsi sia durante l'attività fisica sia a riposo (dispnea, tachipnea, desaturazione, ipocapnia)
- Dolore al petto: in molti casi viene confuso con il dolore provocato dall'infarto. Peggiora quando si respira profondamente, si tossisce, si mangia, ci si china o ci si piega. Con ogni probabilità peggiorerà durante l'esercizio fisico, ma non scomparirà mettendosi a riposo
- Tosse: si tratta generalmente di tosse secca, ma può talvolta presentare sangue (eventualmente con catarro)
- Alterazioni cardiocircolatorie come cianosi e ipotensione
- Sudorazione, agitazione, alterazione del sensorio, perdita di coscienza

COSA FARE ALLA COMPARSA DI SEGNI DI TEV

1. La prima cosa da fare se si notano segni di possibile comparsa di TEV è sempre avvisare il medico responsabile del reparto in quel momento
2. Mantenere monitorati i parametri vitali e le condizioni generali del paziente
3. In attesa che il medico valuti il paziente, è necessario essere certi di avere a disposizione il carrello delle urgenze (dotato di tutto il materiale e dei farmaci necessari)
4. Preparare il materiale necessario per il reperimento di un accesso venoso e il posizionamento di O₂ terapia
5. Assistere il medico durante la visita al paziente
6. Tranquillizzare e sostenere il paziente



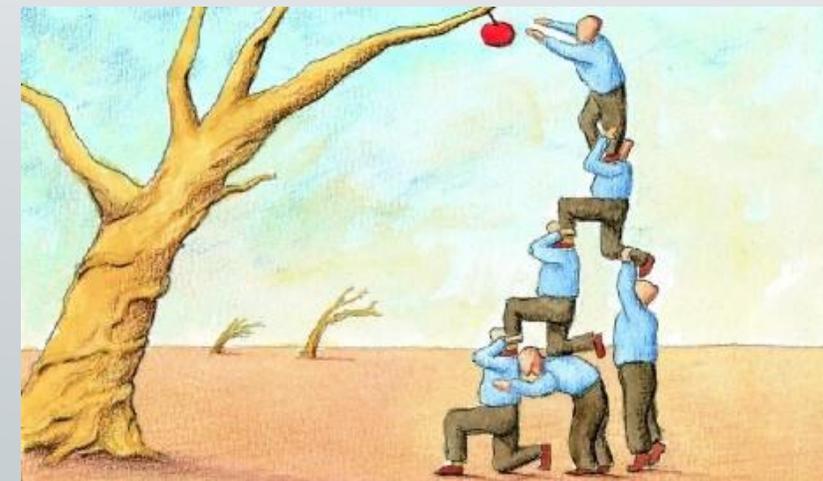
INFERMIERE-PAZIENTE-CAREGIVER

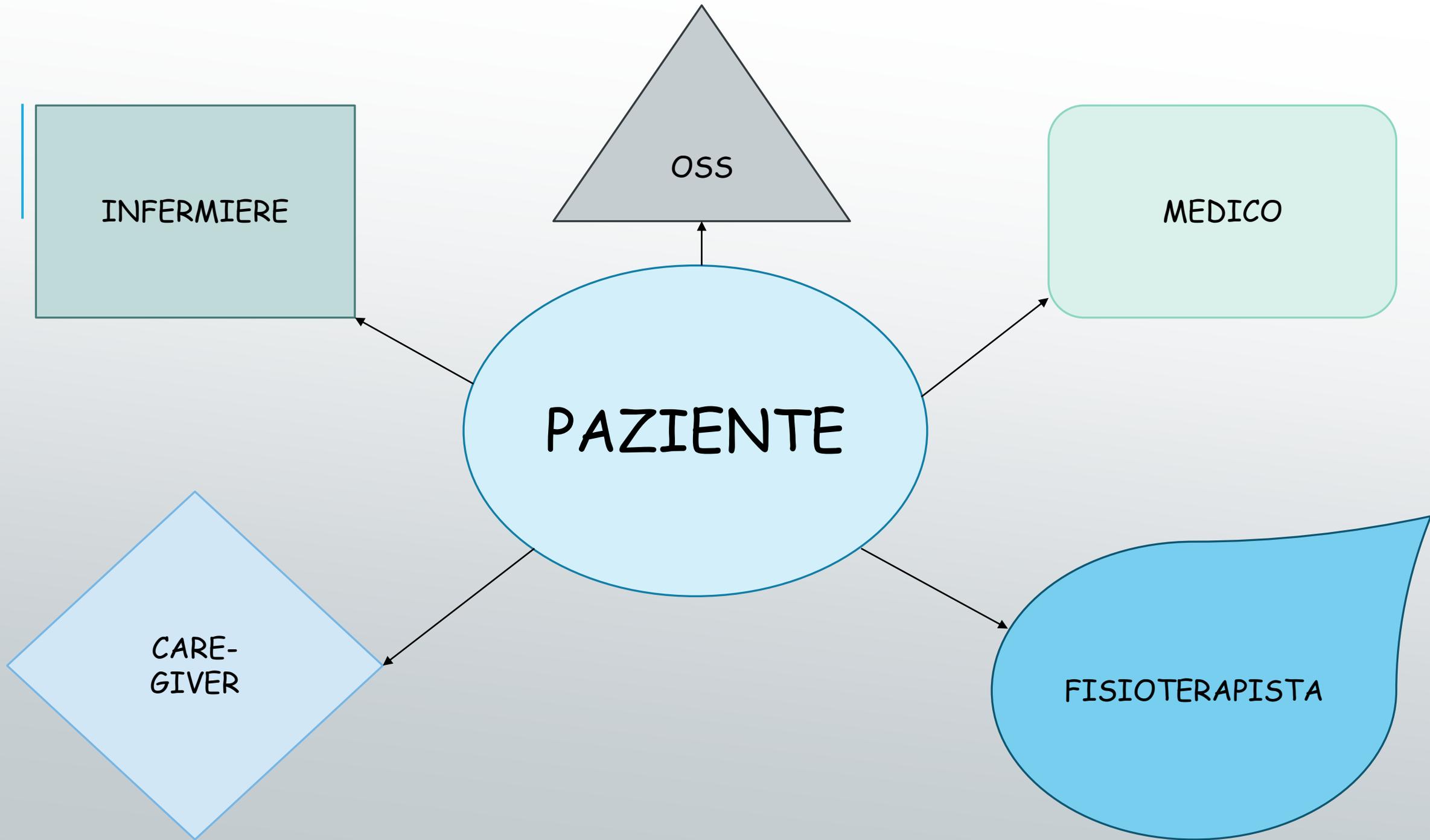
- Figura di riferimento per il personale sanitario che accompagna il paziente durante tutto il suo percorso diagnostico-terapeutico
- Spesso è il punto di riferimento e di forza del paziente, colui che più di tutti aiuterà il paziente nella fase di ripresa delle ADL
- Fondamentale quindi che il care giver sia presente nei momenti in cui si istruisce il paziente sulle accortezze da tenere ed i regimi terapeutici da seguire. Istruirlo sull'osservazione di possibili segni e sintomi di alterazioni non fisiologiche a cui potrebbe andare incontro il paziente



L'IMPORTANZA DEL LAVORO DI EQUIPE

- La qualità dell'assistenza è direttamente proporzionale alla qualità delle relazioni interpersonali tra le diverse figure dell'equipe ed i pazienti
- L'assistenza al paziente operato di protesi non è solo infermieristica : fondamentale è quindi la presa in carico da parte di tutte le figure professionali, dal momento del pre-ricovero alla dimissione
- Vi deve essere uno scambio quotidiano di relazioni tra le figure competenti, base per il raggiungimento degli obiettivi





INFERMIERE

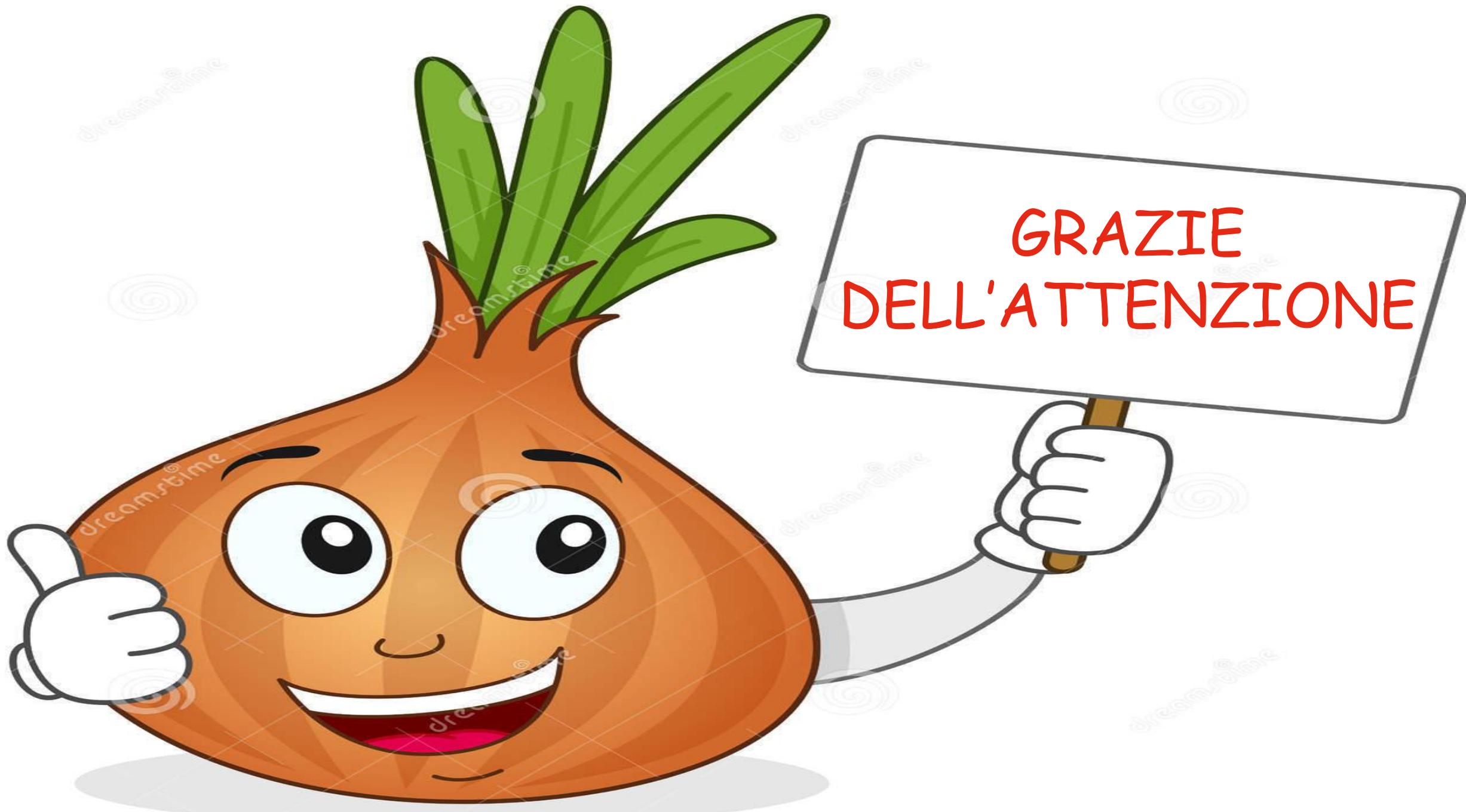
OSS

MEDICO

PAZIENTE

CARE-GIVER

FISIOTERAPISTA



GRAZIE
DELL'ATTENZIONE