



## EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA

### Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica

## Assistenza postoperatoria dell'adulto: prima parte

SIGN, Postoperative management in adults, a practical guide to postoperative care for clinical staff. August 2004.

**Definizione:** la fase postoperatoria riguarda quelle attività che si verificano dal momento in cui il paziente è trasferito dalla sala operatoria e ha superato la fase acuta del suo ricovero (AORN, 1995). Questa fase richiede il controllo, attento e frequente, di numerosi parametri tra cui la respirazione, i parametri vitali, il livello di coscienza, le perdite ematiche, la somministrazione della terapia endovenosa prescritta, lo stato emotivo, il dolore. Nelle fasi successive, inoltre, l'attenzione deve essere rivolta alla ripresa della eliminazione, dell'alimentazione e della mobilizzazione della persona.

**Obiettivo:** ricercare le evidenze e le raccomandazioni relative alla assistenza postoperatoria.

**Materiali e Metodi:** consultazione data-base di linee guida e revisioni sistematiche internazionali e selezione dei documenti per rilevanza ed aderenza al tema di interesse.

**Risultati:** è stata selezionata una recente ed autorevole linea guida, dalla quale sono state tratte le raccomandazioni riportate.

La presente scheda deriva dalla linea guida del Scottish Intercollegiate Guideline Network – N 77 – Postoperative management in adults – Agosto 2004. A questa scheda ne seguiranno altre, tratte dallo stesso documento, che affronteranno altre problematiche relative a questa area assistenziale: gestione cardiovascolare e respiratoria, recupero funzionale, eliminazione urinaria e fecale, alimentazione post-operatoria, dolore post-operatorio, gestione della ferita chirurgica e controllo delle complicanze infettive.

### Valutazione clinica e monitoraggio

La gestione ottimale del paziente nel post-operatorio richiede una valutazione clinica ed un monitoraggio appropriati. Al contrario della valutazione effettuata nella fase di emergenza, che è focalizzata sulla diagnosi iniziale e sulla stabilizzazione di un quadro clinico che si è già manifestato, la gestione post-operatoria del paziente deve essere preventiva. Una valutazione regolare, un monitoraggio selettivo e una documentazione tempestiva sono gli aspetti chiave di tale gestione. La prima valutazione post-operatoria deve essere realizzata immediatamente al ritorno del paziente dalla sala: i valori rilevati fungono da riferimento per le valutazioni successive delle condizioni della persona e consentono di rilevare se si sono verificati dei problemi nel tragitto dalla sala operatoria. Questa valutazione può essere effettuata sia dal medico responsabile, che dall'infermiere responsabile, che riferirà immediatamente la presenza di alterazione dei parametri rilevati. La valutazione post-operatoria deve essere focalizzata a definire la volemia, lo stato della funzione respiratoria e del livello di coscienza. Quest'ultimo è spesso difficile da valutare: per questo può essere adottato uno strumento come l'AVPU (Fully Alert, responsive to Verbal or Pain, or Unresponsive), che trova una ampia applicazione nelle aree critiche e di primo soccorso (vedi tabella 1). Per definire se il paziente è orientato ci si può servire dell'AMT, Abbreviate Mental Test (vedi tabella 2). Se il paziente non è vigile si può ricorrere all'utilizzo della Glasgow Coma Scale (il riscontro di un punteggio uguale o inferiore a 12 corrisponde alla presenza di una urgenza medica).

Le cause più frequenti di confusione postoperatoria includono:

- Sepsi;
- Uso di farmaci sedativi;
- Ipossiemia;
- Ipercapnia;

### LA PRIMA VALUTAZIONE POST-OPERATORIA

#### Verificare l'anamnesi intraoperatoria e le prescrizioni postoperatorie

- Anamnesi medica passata;
- Farmaci
- Allergie;
- Complicanze intraoperatorie;
- Prescrizioni postoperatorie;
- Interventi terapeutici e preventivi raccomandati.

#### Realizzare una valutazione completa dello status respiratorio

- Ossimetria;
- Dispnea ed uso dei muscoli respiratori accessori;
- Frequenza respiratoria;
- Simmetria dell'espansione degli emitoraci;
- Suoni respiratori;
- Suoni alla percussione.

#### Realizzare una valutazione completa dello status circolatorio

- Mani: colorito e temperatura;
- Ritorno capillare (il tempo di ripristino del colorito dopo digitopressione è inferiore a due secondi?);
- Frequenza cardiaca, volume e ritmo del polso;
- Pressione arteriosa;
- Pallore congiuntivale;
- Colore e quantità di urina;
- Drenaggi, perdite ematiche visibili attraverso le medicazioni, perdita dal SNG.

#### Valutare lo stato mentale della persona

- Verificare che la persona sia sveglia ed orientata (AVPU);
  - Se non orientata, valutare il livello confusionale tramite ATM;
  - Se non vigile, determinare lo stato di coscienza con Glasgow coma scale.
- Oltre alla valutazione fisica, registrare tutti i sintomi significativi (dispnea, dolore toracico), la presenza di dolore e/o l'adeguatezza del regime analgesico.  
 L'effettuazione di chirurgia specialistica può richiedere ulteriori valutazioni.

Tabella 1 Scala AVPU

A – Vigile	Il paziente è vigile, sveglia, risponde verbalmente in modo orientato rispetto alle persone, al tempo ed allo spazio.
V- Obnubilato	Il paziente risponde allo stimolo verbale, ma non è completamente orientato rispetto alle persone, al tempo ed allo spazio.
P – Reattivo	Il paziente non risponde allo stimolo verbale, ma risponde agli stimoli dolorosi.
U – Incosciente	Il paziente non risponde né agli stimoli verbali, né a quelli dolorosi.

## Tabella 2 Abbreviated Mental Test

Porre alla persona le seguenti domande, annotando un punto per ogni risposta corretta. Punteggi: da 8-10 normale, 7 probabilmente normale, <6 confuso.

Età	
Ora o momento del giorno (mattina, pomeriggio, sera, notte)	
Comunicare alla persona un indirizzo, che deve essere da lei ripetuto alla fine del test.	
Mese	
Anno	
Nome del luogo in cui ci si trova	
Data di nascita	
Anno di inizio della prima guerra mondiale	
Nome dell'attuale presidente della repubblica	
Contare all'indietro da 20 a 1	
PUNTEGGIO TOTALE	

- Ipglicemia;
- Eventi neurologici acuti;
- Infarto acuto del miocardio;
- Ritenzione urinaria;
- Crisi di astinenza da droghe o alcool;
- Encefalopatia epatica;
- Alterazioni bioumorali (es. aumentati livelli di urea, sodio, potassio, calcio, funzionalità tiroidea, funzionalità epatica).

Dopo la prima valutazione, la rilevazione e la documentazione delle eventuali problematiche del paziente, devono essere definite le modalità assistenziali appropriate. In questa fase verrà definito anche l'intervallo con il quale effettuare le successive rilevazioni dei parametri del paziente. Se il paziente presenta alterazioni dei parametri o riferisce dolore intenso, deve essere valutato ad intervalli più ravvicinati rispetto al paziente stabile e non addolorato. Generalmente il monitoraggio dei parametri comprende la rilevazione della temperatura, del polso, della pressione arteriosa, della frequenza respiratoria, la valutazione del dolore (a riposo e durante i movimenti), della diuresi e della saturazione periferica. Esso deve essere svolto ad intervalli ravvicinati (15') nella prima ora ed ad intervalli più lunghi nelle ore successive (ogni 30' nelle due ore seguenti e quindi ogni 60' nelle successive). Il monitoraggio è maggiormente utile se lo staff medico ed infermieristico hanno

### Raccomandazioni

- Lo staff della sala operatoria deve registrare i seguenti parametri nella documentazione del paziente: le complicanze anestesologiche, chirurgiche o intraoperatorie; le prescrizioni postoperatorie relative a possibili problemi; i trattamenti specifici, o preventivi, necessari (relativi ai liquidi, agli antibiotici, agli analgesici, agli antiemetici, alla tromboprofilassi). **CS**
- La valutazione post-operatoria deve essere realizzata al ritorno del paziente dalla sala operatoria. **CS**
- Il medico responsabile del paziente deve essere immediatamente reperibile per lo staff infermieristico del reparto. **CS**
- La prima valutazione postoperatoria deve determinare: l'anamnesi operatoria e le prescrizioni postoperatorie; la volemia; lo stato respiratorio; lo stato mentale. **CS**
- Se è presente uno stato confusionale acuto, escludere le cause trattabili mediante una accurata anamnesi, esame obiettivo ed indagini specifiche. **CS**
- I pazienti a rischio di compromissione delle condizioni necessitano rivalutazioni frequenti. **CS**
- I pazienti con i seguenti fattori di rischio devono essere rivalutati entro due ore dalla prima valutazione post-operatoria: classe ASA superiore o uguale a 3; intervento chirurgico ad alto rischio od eseguito d'urgenza. **CS**
- Devono essere presenti protocolli locali per: il trattamento delle preesistenti patologie cardiovascolari e respiratorie; il trattamento della nausea e vomito postoperatori. **CS**
- La documentazione dei parametri vitali in grafica facilita la valutazione del loro andamento. **CS**
- Riportare l'andamento dei parametri, piuttosto che i loro valori assoluti, è maggiormente utile per individuare precocemente il peggioramento delle condizioni dei pazienti, prima dell'insorgenza di situazioni di emergenza. **CS**
- Il monitoraggio post-operatorio deve essere eseguito giornalmente e revisionato giornalmente per poter disporre di dati utili alla presa di decisioni cliniche. Tutti i cambiamenti riscontrati nel monitoraggio devono determinare la revisione del livello assistenziale. **CS**

## Scottish Intercollegiate Guidelines Network

### Definizione del consenso

CS dichiarazione sviluppata a partire da una discussione strutturata, in relazione alle evidenze esistenti e alla esperienza clinica del gruppo, validate utilizzando un sistema formale di punteggi.

### Forza delle raccomandazioni

Nb: la forza delle raccomandazioni deriva dal livello delle evidenze sulle quali la raccomandazione è basata e non riflette la sua importanza clinica.

**A** Almeno una meta-analisi, revisione sistematica di RCTs o RCT di livello 1<sup>++</sup> e direttamente applicabile alla popolazione target, oppure un corpo di evidenze coerente di studi principalmente classificati come 1<sup>+</sup>, direttamente applicabili alla popolazione target, che dimostrano la coerenza complessiva dei risultati.

**B** Un corpo di evidenze che include studi classificati come 2<sup>++</sup>, direttamente applicabili alla popolazione target, che dimostrano la coerenza complessiva dei risultati, oppure evidenze estrapolate da studi di livello 1<sup>++</sup> o 1<sup>+</sup>.

**C** Un corpo di evidenze che include studi classificati come 2<sup>+</sup>, direttamente applicabili alla popolazione target e che dimostra la coerenza complessiva dei risultati, oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2<sup>++</sup>.

**D** Evidenze di livello 3 o 4, oppure estrapolate da studi di livello 2+.

definito regole comuni rispetto ai momenti in cui riportare le condizioni dei pazienti che rientrano nella normalità (ad esempio una volta ogni ora) ed a quelle in cui richiedere l'intervento urgente da parte del medico.

La gestione del paziente nelle successive giornate, richiede la valutazione di routine dei parametri, fino alla dimissione. Ciò è estremamente importante per cogliere tempestivamente segni di peggioramento, ma in relazione alle condizioni della persona, non dovrà essere così dettagliata come nelle prime fasi dopo l'intervento. La rivalutazione delle condizioni postoperatorie, che generalmente è compiuta dal medico almeno una o due volte al giorno, deve essere documentata in cartella. Essa è l'occasione per verificare il corretto decorso ed eventualmente modificare il regime di monitoraggio, in modo da poter sempre disporre delle informazioni utili per la presa di decisioni rispetto alla situazione clinica.

**Professionisti interessati:** infermieri.

**Obiettivi didattici:** conoscere le evidenze presenti in letteratura riguardanti l'assistenza postoperatoria.

**Durata dell'offerta formativa:**

**Numero di partecipanti ammessi:**

**Sessioni di verifica:**

**Crediti:**

**Costi:**

### Informazioni:

Daniela Mosci presso Centro Studi EBN

(Pad 23 – Oculistica 1° piano)

- Tel 051-(636)3847

- Fax 051-(636)3049

- E-mail: mosci@aosp.bo.it

