

Lo studente dovrà essere in grado di gestire le seguenti complicanze post-operatorie:

1. DOLORE ACUTO
2. RITENZIONE URINARIA
3. IPOTENSIONE
4. NAUSEA E VOMITO
5. DISTURBI COGNITIVI E DELIRIO
6. IPOTERMIA E BRIVIDO

1. DOLORE ACUTO

Lo studente dovrà essere in grado di riconoscere e ridurre il dolore tramite i seguenti interventi assistenziali:

- Incoraggiare il pz a riferire il sintomo
- Valutare il dolore con una scala di valutazione
- Effettuare la valutazione sia a riposo che durante la mobilizzazione
- Credere a ciò che riferisce il paziente
- Porre particolare attenzione ai pazienti che non sono in grado di riferire il loro dolore
- Valutare il medico l'eventuale modifica della terapia antalgica endovenosa e/o il dosaggio dell'elastomero qualora presente.

2. RITENZIONE URINARIA

Lo studente dovrà essere in grado di facilitare la ripresa della minzione spontanea PO e/o riconoscere e ridurre il rischio di globo vescicale tramite i seguenti interventi assistenziali:

- Dotare il paziente di presidi per la minzione
- Identificare i pazienti a rischio e verificare la presenza di globo vescicale attraverso la palpazione
- Incoraggiare il paziente a riferire il dolore
- Stimolare la minzione con tecniche non invasive (far scorrere acqua, mobilizzare il pz seduto o in piedi, applicare impacchi caldi o freddi)
- Procedere alla cateterizzazione estemporanea

3. IPOTENSIONE

Interventi assistenziali in caso di ipotensione PO:

- Valutare se il pz è sintomatico (vertigini, nausea, spossatezza)
- Rilevare parametri vitali
- Valutare qualità e quantità di perdite dei drenaggi
- Mantenere il paziente disteso a letto
- Considerare con il medico le variazioni terapeutiche

4. NAUSEA E VOMITO

Lo studente dovrà essere in grado di ridurre il rischio di nausea e vomito PO tramite i seguenti interventi assistenziali:

- Incoraggiare il paziente a riferire il sintomo
- Evitare di stimolare la nausea con sensazioni olfattive sgradevoli o con acqua

- Mantenere il paziente in posizione semi seduta
- Considerare con il medico la somministrazione di farmaci

5. DISTURBI COGNITIVI E DELIRIO

Interventi assistenziali per ridurre i rischi di delirio:

- Mobilizzazione precoce
- Trattare il dolore e mantenere una corretta idratazione
- Creare un ambiente familiare utilizzando effetti personali e favorendo la presenza del caregiver
- Evitare di esporre parti del corpo e far percepire la nudità
- Applicare dentiere, occhiali, protesi ecc.

6. IPOTERMIA E BRIVIDO

- Interventi assistenziali per ridurre il rischio di ipotermia e brivido:
- monitorare la TC
- valutare segni di ipotermia (brividi, estremità fredde)
- coprire la persona con coperte aggiuntive
- mantenere adeguata la temperatura ambientale

Mobilizzazione e deambulazione precoce:

mobilizzazione e deambulazione precoci e assistite prevengono sia la trombosi venosa profonda che la stasi delle secrezioni nell'apparato respiratorio.

Il tipo di mobilizzazione dipende dal tipo di intervento e dal tipo di anestesia.

Importante è:

- predisporre i dispositivi utili (triangolo per sollevarsi, stampella ecc.)
- spiegare di sollevarsi gradualmente: prima assumere una posizione semi seduta, poi seduta con i piedi giù dal letto e in piedi con aiuto.
- Insegnare a comprimere la ferita durante la mobilizzazione o ad applicare la fascia addominale negli interventi di laparotomia.
- Spostare i presidi che potrebbero essere un ostacolo.
- Osservare le variazioni del colorito cutaneo e rilevare l'insorgenza di dolore durante la mobilizzazione.

Trombosi venosa profonda e tromboflebite

Lo studente dovrà essere in grado di ridurre il rischio di trombosi venosa profonda:

- tenere monitorata la cute dei polpacci per individuare eventuali stati insoliti di rossore, calore o turgore;
- stimolare l'assistito a riprendere la deambulazione prima possibile (se non controindicato);
- educare e stimolare l'assistito a svolgere esercizi postoperatori attivi e passivi durante l'allettamento;
- garantire la corretta applicazione di calze elastocompressive e/o di altri sistemi a compressione graduata;

- garantisce la corretta somministrazione della terapia anticoagulante prescritta dal medico.

GESTIONE DELLA FERITA CHIRURGICA:

Lo studente dovrà essere in grado di gestire una ferita chirurgica assicurando una medicazione appropriata, prevenendo il dolore e riducendo il rischio di infezione tramite i seguenti interventi assistenziali:

- monitorare la ferita, lo stato della cute e il punto di inserzione del drenaggio, ove presente;
- monitorare quantità e qualità del materiale nel drenaggio, ove presente;
- sostituire la medicazione con tecnica asettica secondo i protocolli della struttura e al bisogno, valutando il materiale rilasciato sulla medicazione precedente;
- mantenere il circuito chiuso del drenaggio, ove presente;
- ridurre le possibilità d'ingresso di microrganismi;
- durante la medicazione utilizzare la tecnica sterile o no-touch
- istruire il paziente a contenere la ferita con le mani quando si mobilizza.

GESTIONE DEL DRENAGGIO:

Lo studente dovrà essere in grado di gestire il drenaggio riducendo il rischio di infezione e riconoscere e segnalare in modo tempestivo l'eventuale insorgenza di complicanze tramite i seguenti interventi:

- controllare ad intervalli regolari la quantità e qualità del liquido drenato
- il drenaggio deve rimanere chiuso e unidirezionale in modo da evitare il ritorno del materiale drenato all'interno della cavità chirurgica
- mantenere la pervietà irrigandolo con soluzione salina.
- Svuotare la sacca tramite la valvola o rubinetto connesso e la quantità rilevata deve essere annotata in modo da poterla conteggiare per il bilancio delle 24 ore.
- Posizionare il drenaggio a valle del punto di inserzione, in posizione più bassa rispetto al pz e far attenzione affinché non si pieghi.
- Monitorare il punto di inserzione del drenaggio.
- Rinnovare la medicazione ogni 24/48 ore o quando risulta necessario.

GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE E PREVENZIONE DI INFEZIONI URINARIE:

- ricorrere al catetere solo se strettamente necessario;
- utilizzare il catetere vescicale per un periodo breve;
- lavare le mani prima e dopo l'inserimento del catetere e prima e dopo lo svuotamento o la sostituzione della sacca di drenaggio;
- inserire il catetere con tecnica asettica e presidi sterili;
- limitare l'uso nei soggetti a rischio di infezioni delle vie urinarie in particolare donne, anziani e soggetti immunodepressi.
- Una volta inserito inoltre, va periodicamente valutata la possibilità di rimuoverlo: la durata della cateterizzazione deve essere la minima possibile per ridurre il disagio della persona e il rischio di complicanze.