

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione PAZIENTE SOTTOPOSTO INTERVENTO PTA, PTG E PTS	Prot. 12	Pag. 1 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 02	del 11/12/2024

REGIME: RICOVERO ORDINARIO

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD IMPIANTO DI PROTESI TOTALE DI ANCA, GINOCCHIO E SPALLA

1. LA VISITA ORTOPEDICA

Lo specialista Ortopedico è deputato al trattamento chirurgico dell'apparato osteo-articolare. Solo dopo un'accurata valutazione clinica, obiettiva e radiologica verrà posta indicazione alla sostituzione protesica.

2. ESAMI PRE-OPERATORI E VISITA ANESTESIOLOGICA

In previsione dell'intervento chirurgico, il paziente dovrà effettuare l'elettrocardiogramma, gli esami ematochimici e radiografici pre-operatori. Inoltre sarà necessario essere sottoposti a visita anestesio logica, ove verrà valutata la necessità di ulteriori accertamenti e la sospensione, sostituzione o integrazione di alcuni farmaci (anticoagulanti, ipoglicemizzanti orali, ecc..). In base alle caratteristiche cliniche del paziente l'anestesista valuterà se procedere con la richiesta di sacche di emazie per eventuali trasfusioni post-intervento.

3. IL RICOVERO

Il ricovero avviene il giorno prima dell'intervento chirurgico. Viene predisposta all'interno del reparto un'accoglienza multidisciplinare di gruppo per i pazienti ed i care-giver al fine di fornire le informazioni di carattere generale utili per il periodo della degenza e verificare che il paziente sia in possesso degli ausili necessari. In un secondo momento, si raccolgono i dati anamnestici utili per l'assistenza durante un colloquio privato con il paziente. Il paziente dovrà consegnare tutta la documentazione clinica, gli esami radiografici e la terapia farmacologica domiciliare al personale sanitario. Infine verrà impostata sulla Scheda Unica di Terapia la terapia farmacologica domiciliare e la terapia antitromboembolica (salvo eccezioni segnalate dall'anestesista)

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione PAZIENTE SOTTOPOSTO INTERVENTO PTA, PTG E PTS	Prot. 12	Pag. 2 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 02	del 11/12/2024

4. PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Il giorno del ricovero l'infermiere è responsabile di:

- Verificare la presenza di alterazioni dello stato della cute dell'arto interessato
- Procedere con la depilazione della zona chirurgica
- Valutare le condizioni igieniche del paziente
- Invitare il paziente ad effettuare la doccia
- Verificare la presenza di smalto ed eventualmente rimuoverlo
- Consegnare al paziente le calze anti TVP. Individuare la giusta misura considerando: l'edema post operatorio all'arto operato, la lunghezza degli arti inferiori (la calza deve avvolgere la coscia fino all'inguine), la parte colorata all'apice inferiore della calza deve corrispondere al tallone. Assicurarsi che il tessuto della calza sia uniforme su tutta la superficie della gamba e che non si formino pieghe.
- Consegnare al paziente il kit contenente l'abbigliamento necessario per la sala operatoria.

Secondo le più recenti linee guida non si rende più necessaria la preparazione intestinale. A cena il paziente può alimentarsi con una cena leggera. Il digiuno preoperatorio andrà osservato come segue: **6 ore** da bevande e **8 ore** da cibi solidi.

Secondo le ultime linee guida dell'American Society of Anesthesiologist (ASA) per i liquidi chiari sono sufficienti **2 ore** di digiuno.

La mattina dell'intervento l'infermiere è responsabile di:

- Rilevare i parametri vitali del paziente e registrarli sull'apposita scheda parametri
- Somministrare al paziente eventuali farmaci in terapia, ad eccezione di quelli la cui assunzione è controindicata prima di una anestesia, attenendosi alla tabella fornita dal Servizio di Anestesia, allegata al protocollo.
- Preparare tutta la documentazione del paziente necessaria all'intervento. È fondamentale la presenza della radiografia
- Ricordare al paziente di rimuovere monili, protesi dentali, trucco e smalto (è consentito l'utilizzo di protesi auricolari e degli occhiali)
- Aiutare il paziente ad indossare l'abbigliamento della sala operatoria e la calza anti TVP all'arto sano
- Accompagnare il paziente in sala

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione PAZIENTE SOTTOPOSTO INTERVENTO PTA, PTG E PTS	Prot. 12	Pag. 3 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 02	del 11/12/2024

5. GESTIONE IMMEDIATO POST-OPERATORIO

Al rientro dalla sala operatoria:

- Preparare e somministrare la terapia farmacologica impostata dall'Anestesista
- Verificare che sia stata prescritta dal medico una terapia al bisogno in caso di: dolore, nausea, vomito ed insonnia occasionale
- Aiutare il paziente ad indossare un abbigliamento più confortevole
- Posizionare traversa monouso per eventuali perdite di urina accidentali o sanguinamento della ferita
- Posizionare il paziente in posizione Fowler bassa (tronco e testa tra 15° - 45°)
- Applicare **protocollo di posizionamento** in base al tipo di intervento.
 - **PTA:** posizione supina, arto operato abdotto e in scarico con cuscino sotto la coscia ed un cuscino tra gli arti inferiori; posizionamento corretto della calza anti TVP all'arto operato. Se la misura scelta prima dell'intervento risulta inadeguata, sostituire il paio di calze con uno della taglia adatta.
 - **PTA ACCESSO ANTERIORE:** posizione supina con un cuscino posizionato orizzontalmente sotto entrambe le gambe.
 - **PTG/PMG:** posizione supina, arto operato in scarico con cuscino e ben allineato;
 - **PTS:** posizione supina posizionando il cuscino sotto il gomito;
- Verificare sul foglio della terapia la categoria assegnata al paziente.
 - **Categoria A (paziente "critico"):** collegare il paziente al monitor (solo saturimetro e bracciale della pressione) al fine di garantire una valutazione continua dei parametri vitali. Il monitoraggio sarà mantenuto per **6 ore con una frequenza di rilevazione una volta ogni ora**. Successivamente il monitor potrà essere rimosso ed i parametri andranno rilevati **ogni 2 ore**. L'ultima rilevazione andrà eseguita alle ore 23 per garantire un riposo soddisfacente del paziente durante la notte.
 - **Categoria B (paziente "stabile"):** il paziente non va monitorizzato. Effettuare il controllo dei parametri vitali manualmente con **una frequenza di rilevazione una volta ogni 2 ore**. L'ultima rilevazione andrà eseguita alle ore 23 per garantire un riposo soddisfacente del paziente durante la notte.
- In concomitanza alla rilevazione dei parametri vitali verrà rilevato sull'apposita scheda il dolore. Si consiglia di praticare sempre le terapie antalgiche stabilite ad orario e quando necessario la terapia al bisogno. Se il paziente ha dolore (NRS > 3) non anticipare le terapie ad orario, ma somministrare quelle al bisogno.

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione PAZIENTE SOTTOPOSTO INTERVENTO PTA, PTG E PTS	Prot. 12	Pag. 4 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 02	del 11/12/2024

- Durante i controlli di parametri e dolore valutare colore, motilità e sensibilità delle dita dell'arto operato e l'integrità della medicazione. Verificare inoltre la presenza di deficit a carico del nervo Sciatico Popliteo Esterno (S.P.E.). L'insorgenza di una paresi di S.P.E. comporta un deficit all'estensione del piede e può rendere necessario l'impiego di un particolare tutore durante la deambulazione.
- Se il paziente non manifesta nausea, invitarlo a bere piccoli sorsi d'acqua fin da subito
- Se il paziente lo gradisce è possibile riposizionare subito le protesi dentali
- Applicare crioterapia
- Somministrare al paziente O₂ terapia in caso di pazienti critici opportunamente segnalati dall'Anestesista.
- Se il paziente presenta un drenaggio, valutarne la pervietà e segnalare nell'apposita scheda le perdite ematiche. Le perdite ematiche possono protrarsi anche per 72 ore ed oltre dall'intervento chirurgico, determinando, a volte, valori molto bassi di ematocrito e di emoglobina.
- Al fine di monitorare l'andamento dell'emoglobina, si consiglia di effettuare prelievo ematico (mini routine) la mattina successiva all'intervento. In seconda giornata ripetere il prelievo ematico solo ai pazienti segnalati dal Medico di Reparto e nei pazienti con HB < 9. In terza giornata eseguire prelievo ematico (emocromo).
- La ripresa dell'alimentazione, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente, è consentita a 6 ore dal rientro dalla sala operatoria.
- Terminato l'effetto dell'anestesia, il paziente può iniziare la **mobilizzazione attiva** a letto:
 - Chiedere al paziente di eseguire movimenti di flesso-estensione delle braccia e movimenti rotatori dei polsi e di apertura e chiusura delle mani almeno una volta ogni 2 ore nell'arco delle prime 24 ore post operatorie;
 - Chiedere al paziente di eseguire movimenti di flesso-estensione dell'arto non operato sollevando il tallone dal piano del letto.
 - Chiedere al paziente di eseguire movimenti rotatori del piede dell'arto operato e di flessione-estensione della caviglia per almeno 3 volte nell'arco delle prime 24 ore post operatorie;
- La sera dell'intervento i pazienti sottoposti ad intervento di PMG se lo gradiscono e se le condizioni cliniche lo consentono, possono essere posizionati arti pendenti per la cena. I pazienti sottoposti ad impianto di PTA e PTG sulla base dei parametri vitali e della situazione clinica, previa opportuna segnalazione da parte dall'ortopedico e dell'anestesista, possono essere mobilizzati eccezionalmente (arti pendenti o verticalizzazione) per brevi istanti in specifici casi (es. il paziente vuole urinare in posizione eretta). Tutti possono consumare una cena leggera a letto con il comodino posizionato dall'arto operato per i pazienti sottoposti a PTA e dell'arto non

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione PAZIENTE SOTTOPOSTO INTERVENTO PTA, PTG E PTS	Prot. 12	Pag. 5 di 6
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 02	del 11/12/2024

operato per i pazienti sottoposti a PTS. Per i pazienti sottoposti a PTG non ci sono indicazioni specifiche.

6. GESTIONE GIORNATE POST-OPERATORIE

La mattina l'infermiere, in collaborazione con le altre figure professionali, applica il protocollo della prima giornata (**Prot. 11 MQ**).

Nelle giornate a seguire:

- Ai pazienti in 2° e 3° giornata garantire la supervisione per le cure igieniche mattutine
- In 2° e 3° giornata seduta riabilitativa con il fisioterapista: deambulazione con ausili e motilità attiva e passiva dell'arto operato.
- Sostituire medicazione della ferita chirurgica se necessario
- Rimuovere il CVP a 72h dal suo posizionamento come da linee guida
- Promuovere la progressiva autonomia del paziente

7. DIMISSIONE

Se il paziente ha raggiunto un livello parziale di autonomia e le condizioni cliniche vengono giudicate ideali da parte del Medico, il paziente può essere dimesso.

Al momento della dimissione viene eseguita un'ulteriore medicazione e viene ispezionata la ferita chirurgica per verificare eventuali segni di flogosi. I punti di sutura vengono rimossi presso il centro riabilitativo o dal medico curante (se paziente effettua la riabilitazione motoria a domicilio) dopo aver valutato lo stato della ferita, secondo i tempi e le indicazioni contenute nella lettera consegnata al paziente (solitamente a 15 giorni dall'intervento, una volta ottenuta la cicatrizzazione). Nella lettera di dimissione viene inoltre indicata la terapia antalgica e la profilassi antiaggregante da proseguire a domicilio. Alla dimissione il paziente è in grado di viaggiare in automobile nel sedile al fianco del guidatore con lo schienale lievemente reclinato e i cuscini posizionati in base al tipo di intervento. A 45 giorni dall'intervento il paziente deve essere rivisto dallo specialista di riferimento previa esecuzione della radiografia di controllo.

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione PAZIENTE SOTTOPOSTO INTERVENTO PTA, PTG E PTS	Prot. 12	Pag. 6 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 02	del 11/12/2024

BIBLIOGRAFIA

[WJ Fawcett](#), M Thomas. Pre-operative fasting in adults and children: clinical practice and guidelines.
- Anaesthesia, 2019 - Wiley Online Library

Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. World Health Organization 2016

Linee guida SIOT (Società italiana ortopedia e traumatologia) Prevenzione delle infezioni in chirurgia ortopedica. Giornale italiano di ortopedia e traumatologia 2016;42:6-29

U. Tarantino et al. Clinical guidelines for the prevention and treatment of osteoporosis: summary statements and recommendations from the Italian Society for Orthopaedics and Traumatology. J Orthop Traumatol (2017) 18 (Suppl 1): S3-S36 DOI 10.1007/s10195-017-0474-7

Casa di Cura Privata
Città di Bra S.p.A.
Il Direttore Sanitario
Dott. Elio BORASO

