



A.D. MDLXII

Università degli studi di Sassari

Dipartimento di Scienze chirurgiche, microchirurgiche e
mediche

Corso di laurea in Infermieristica

Pres. Antonio Azara

**LE COMPLICANZE DELLA PROTESI D'ANCA:
DIFFERENZE NELLA GESTIONE MEDICO –
INFERMIERISTICA TRA PAZIENTE PSICHIATRICO E
NON**

Relatore: Prof. Andrea Fabio Manunta

Correlatore: Dott. Marco Corda

Tesi di laurea di:

Arianna Dettori

Anno Accademico 2015-2016

Al mio fidanzato Marco

INDICE

❖ INTRODUZIONE	
➤ Anatomia	1
➤ Biomeccanica	8
➤ Patologie degenerative	15
➤ Gestione infermieristica del paziente chirurgico	20
➤ Complicanze	34
❖ SCOPO DELLO STUDIO	47
❖ MATERIALI E METODI	48
❖ RISULTATI	49
❖ DISCUSSIONI E CONCLUSIONI	52
❖ BIBLIOGRAFIA	56

INTRODUZIONE

1. Anatomia:

L'osso dell'anca è un voluminoso osso piatto, pari e simmetrico che risulta formato dall'unione dell'ileo, dell'ischio e del pube¹.

Il punto di saldatura delle tre ossa corrisponde all'acetabolo, cavità articolare che contiene la testa femorale. Rispetto all'acetabolo l'ileo è posto superiormente, l'ischio postero-inferiormente e il pube antero-inferiormente. L'acetabolo è una cavità emisferica delimitata perifericamente da un margine (o ciglio acetabolare), interrotto nei punti di unione delle tre ossa, di cui il più evidente risulta essere il punto di unione tra ischio e pube, che corrisponde all'incisura dell'acetabolo.

L'articolazione coxo-femorale unisce la testa sferica del femore con l'acetabolo dell'osso dell'anca, formando un'enantrosi (articolazione mobile di tipo sferoidale, costituita da due segmenti sferici da una parte convesso e da una parte concavo)².

La superficie articolare acetabolare è concava e contiene una faccetta semilunare che normalmente è ricoperta da cartilagine ialina e costituisce la vera superficie articolare. Il bordo acetabolare presenta un labbro che serve ad aumentare la superficie articolare rendendo più stabile l'articolazione. Dato che il cerchio acetabolare, nella sua

porzione inferiore appare interrotto, a livello dell'incisura acetabolare, il labbro dell'acetabolo a questo livello va a chiudere il cerchio con il legamento trasverso dell'acetabolo, lasciando comunque un piccolo forame attraverso il quale decorre il ramo acetabolare dell'arteria otturatoria per la testa del femore. Nella profondità dell'acetabolo e delimitata dalla superficie articolare semilunare vi è la fossa acetabolare, una porzione non articolare occupata dal legamento rotondo e da una componente adiposa, che funge da cuscinetto per la testa del femore, chiamata pulvinar (fig. 1)².

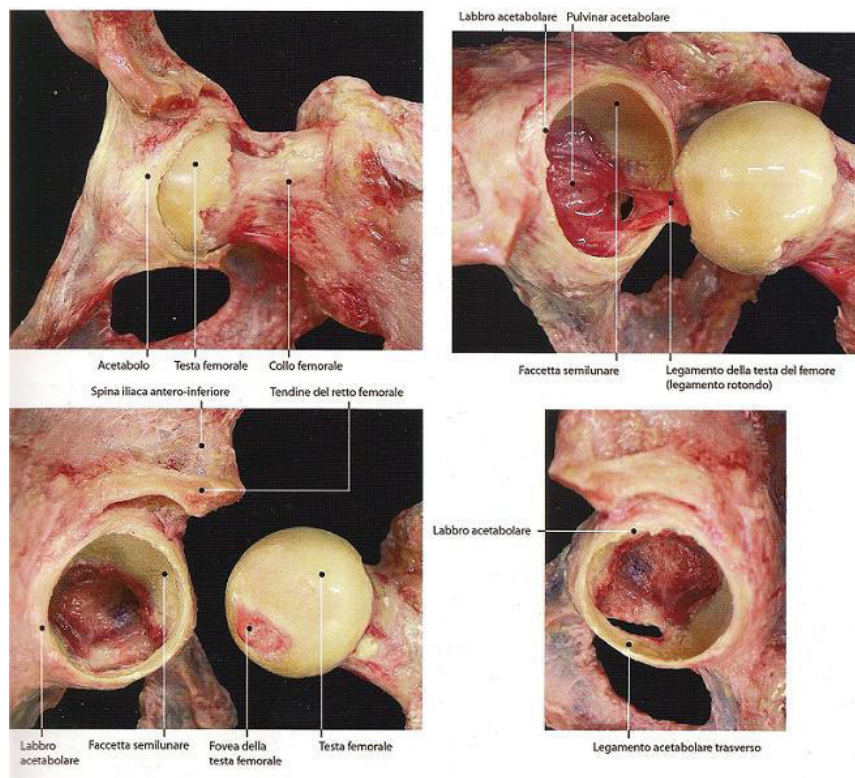


fig. 1

Esternamente la capsula articolare dell'anca presenta numerosi legamenti di rinforzo (fig. 2):

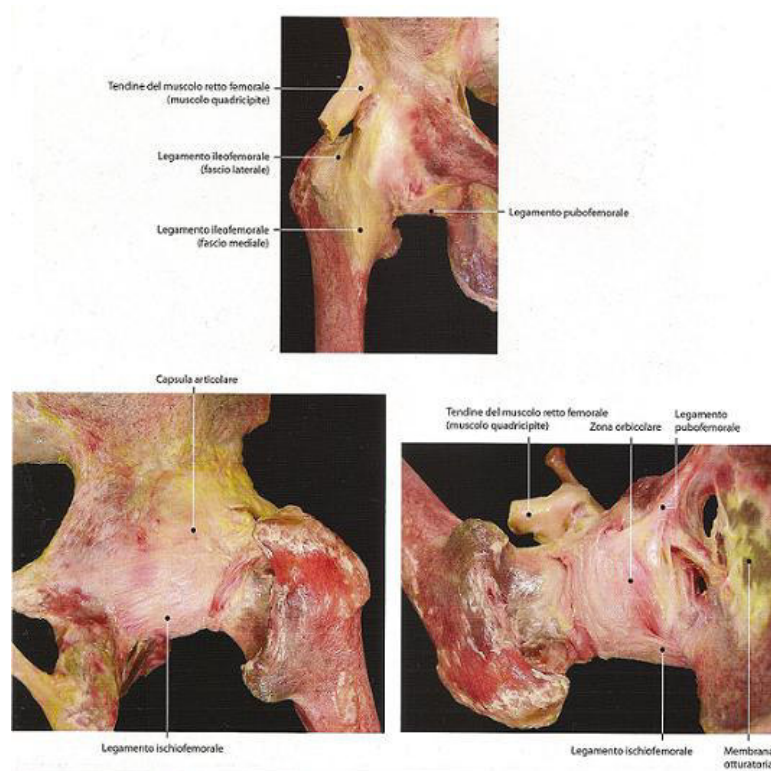


fig. 2

- ✓ **ileo femorale** che rinforza la parte anteriore dell'articolazione, si inserisce sulla spina iliaca antero-inferiore e le sue fibre si dividono in un fascio laterale, che si dirige al grande trocantere, e in un fascio mediale, che si dirige al piccolo trocantere;
- ✓ **ischio femorale** che rinforza la parte posteriore dell'articolazione, le sue fibre si estendono fino alla porzione posteriore del collo femorale, vicino alla fossa intertrocanterica;

- ✓ **pubofemorale** che rinforza la parte inferiore dell'articolazione, si estende dalla porzione inferiore del bordo acetabolare alla branca pubica superiore. Le sue fibre si inseriscono sul femore sopra il piccolo trocantere².

In una dissezione, quando la capsula articolare coxo-femorale viene aperta e la testa femorale viene lussata, è possibile osservare il legamento **rotondo**. Questo è un legamento piatto situato nella profondità della fossa acetabolare che si estende sino alla fovea della testa femorale. Questo legamento non ha una funzione di rinforzo ed è completamente avvolto dalla guaina sinoviale, internamente a questa e sopra il legamento decorre l'arteria del legamento rotondo, ramo dell'arteria otturatoria, che gioca un ruolo fondamentale nell'apporto di sangue alla testa del femore².

I muscoli del cingolo pelvico, non essendovi movimento tra bacino e scheletro assiale, agiscono sul femore. I muscoli dell'anca si inseriscono sul grande trocantere ed hanno origine lungo la colonna vertebrale o nel bacino. Vi sono tre gruppi di muscoli:

I. *POSTERIORI*:

- **Grande gluteo** → Origina dalla faccia posteriore dell'ileo, faccia dorsale del sacro, aponeurosi glutea e legamento sacro

tuberoso. Si inserisce sulla tuberosità glutea e sul tratto ileo tibiale. La sua funzione è quella di estendere ed extraruotare l'anca;

- **Piriforme** → Origina dalla superficie anteriore del sacro e dal legamento sacro tuberoso. Si inserisce sulla fossa trocanterica. La sua funzione è quella di abduire ed extraruotare l'anca;
- **Otturatore interno** → Origina dalla superficie intrapelvica della membrana otturatoria e dal bacino. Si inserisce sulla fossa trocanterica. La sua funzione è quella di abduire ed extraruotare l'anca.
- **Gemelli:**
 - **superiore** → Origina dalla spina ischiatica. Si inserisce sulla fossa trocanterica. La sua funzione è quella di abduire ed extraruotare l'anca.
 - **inferiore** → Origina dalla tuberosità e dalla branca ischiatica. Si inserisce sulla fossa trocanterica. La sua funzione è quella di abduire ed extraruotare l'anca.
- **Quadrato del femore** → Origina dalla tuberosità ischiatica e dal bordo laterale dell'ischio. Si inserisce sotto la cresta

intertrocanterica. La sua funzione è quella di abduurre ed extraruotare l'anca.

II. *LATERALI:*

- **Medio gluteo** → Origina dalla faccia glutea dell'ileo fra le linee glutee anteriore e posteriore. Si inserisce sul grande trocantere. La sua funzione è quella di abduurre l'anca.
- **Piccolo gluteo** → Origina dalla faccia glutea dell'ileo fra le linee glutee anteriore e posteriore. Si inserisce sul grande trocantere. La sua funzione è quella di abduurre l'anca.
- **Otturatore esterno** → Origina dalla superficie esterna della membrana otturatoria e dal bacino circostante. Si inserisce sulla fossa trocanterica. La sua funzione è quella di abduurre ed extraruotare l'anca.

III. *ANTERIORI:*

- **Iliaco** → Origina dalla fossa iliaca. Si inserisce sul piccolo trocantere. La sua funzione è quella di flettere l'anca.
- **Grande psoas** → Origina dai corpi e dalle apofisi costali di L1, L2, L3 ed L4. Si inserisce sul piccolo trocantere. La sua funzione è quella di flettere l'anca.

- **Piccolo psoas** → Origina dai corpi di D12 ed L1. Si inserisce sulla branca superiore del pube. Non ha funzione degna di nota².

2. Biomeccanica:

L'anca è l'articolazione prossimale dell'arto inferiore ed ha la funzione di orientare l'arto in tutte le direzioni dello spazio, perciò possiede 3 assi e 3 gradi di libertà:

- *asse trasversale* → su cui si effettuano i movimenti di flesso-estensione;
- *asse antero-posteriore* → su cui si effettuano i movimenti di abduzione ed adduzione;
- *asse verticale* → su cui si effettuano i movimenti di rotazione interna ed esterna³.

Flessione: movimento che avvicina la superficie anteriore della coscia al tronco. La sua ampiezza è variabile, generalmente la flessione attiva è meno ampia della flessione passiva e la posizione del ginocchio interferisce in entrambi i casi sull'ampiezza del movimento (fig. 3)³.

FLESSIONE ATTIVA GE = 90°

FLESSIONE ATTIVA GF = 120°

FLESSIONE PASSIVA GE = >120° ma <140°

FLESSIONE PASSIVA GF = >140°

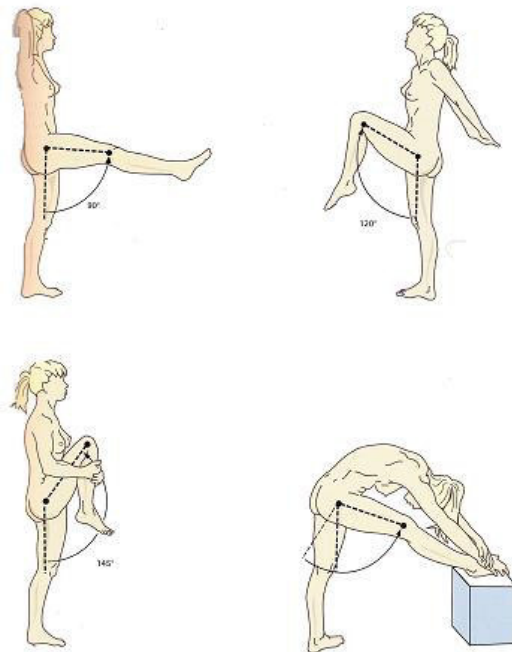


fig. 3

Estensione: movimento che porta l'arto inferiore dietro il piano frontale. L'ampiezza dell'estensione è notevolmente inferiore rispetto alla flessione, ma anche in questo caso il movimento attivo è più limitato rispetto a quello passivo, però la posizione del ginocchio svolge un ruolo inverso rispetto al movimento di flessione dell'anca, infatti in questo caso se il ginocchio è esteso il movimento è più ampio rispetto a quando è flesso almeno per quanto riguarda il movimento attivo (fig. 4)³.

ESTENSIONE ATTIVA GE = 20°

ESTENSIONE ATTIVA GF = 10°

ESTENSIONE PASSIVA GE = 20°

ESTENSIONE PASSIVA GF = 30°

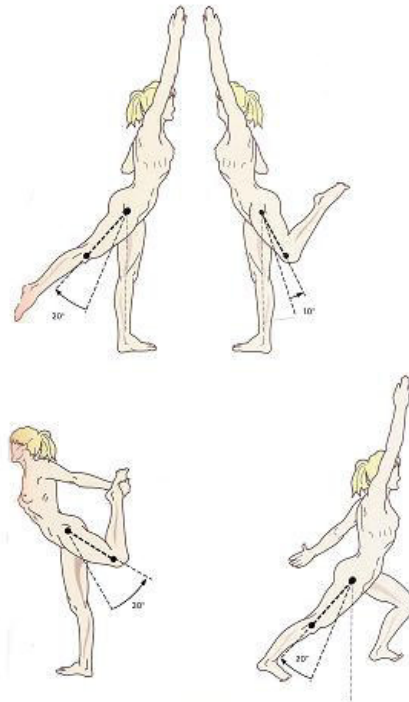


fig. 4

Abduzione: movimento che allontana l'arto inferiore dal piano di simmetria del corpo. In pratica l'abduzione di un'anca si accompagna automaticamente ad un'uguale abduzione dell'altra anca. Ciò risulta chiaro a partire da un'ampiezza di 30° in cui si incomincia ad apprezzare il basculamento del bacino tramite l'inclinazione della linea immaginaria che unisce le due spine iliache postero-

inferiori (in questa posizione ciascuna delle anche è in abduzione di 15°). Quando si raggiunge il massimo livello di abduzione attiva l'angolo formato dagli arti inferiori è di 90° (dunque l'abduzione massima attiva di un'anca è di 45°). Per quanto riguarda l'abduzione passiva i soggetti allenati possono raggiungere quasi i 180° (fig. 5)³.

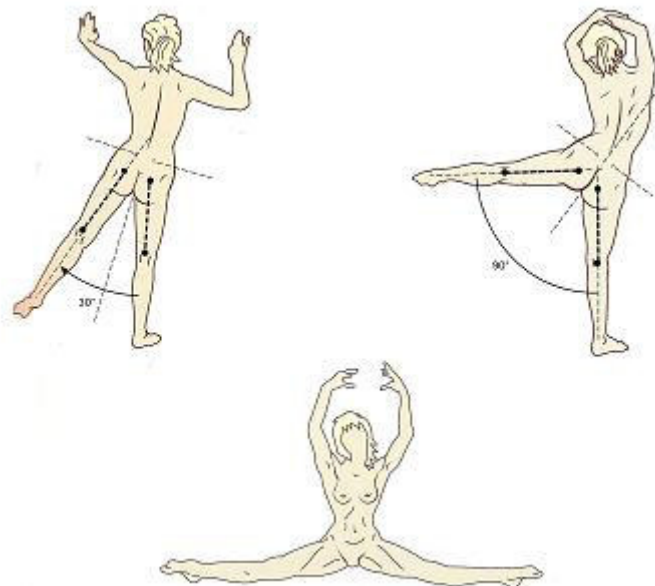


fig. 5

Adduzione: movimento che avvicina l'arto inferiore al piano di simmetria del corpo. Poiché nella posizione di riferimento gli arti inferiori sono a contatto l'uno con l'altro non esiste un movimento di adduzione puro, esistono invece movimenti di adduzione relativi in cui da una posizione abdotta l'arto inferiore si sposta medialmente.

Inoltre i movimenti di adduzione possono accompagnarsi ad estensione o flessione dell'anca omolaterale oppure esistono movimenti in cui l'adduzione di un'anca si accompagna con un'abduzione dell'anca contro laterale (fig. 6)³.

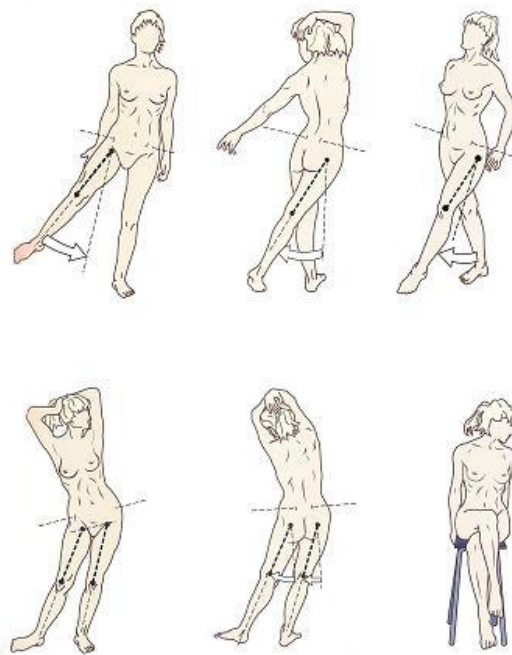


Fig. 6

Rotazione longitudinale: nella posizione di riferimento abbiamo la rotazione esterna che è il movimento che porta la punta del piede in fuori e la rotazione interna che è il movimento che porta la punta del piede in dentro. Questa tuttavia non è la posizione migliore per valutare

l'ampiezza dei movimenti di rotazione ed è preferibile eseguire questi movimenti a paziente prono o seduto sul bordo di un tavolo con il ginocchio flesso ad angolo retto (fig. 7)³.

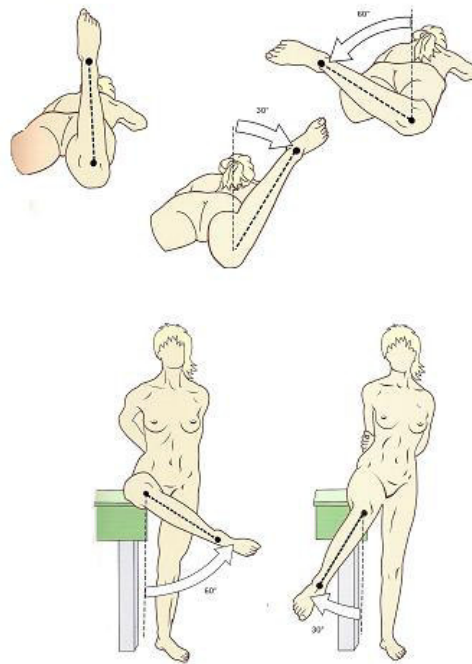


fig. 7

A soggetto prono, la posizione di riferimento si ottiene quando la gamba, flessa ad angolo retto sulla coscia è verticale. A partire da questa posizione:

- quando la gamba viene inclinata in fuori , misuriamo la rotazione interna di ampiezza massima compresa tra i 30° e i 40°;

- quando la gamba viene inclinata in dentro misuriamo la rotazione esterna di ampiezza massima intorno ai 60°.

A soggetto seduto sul bordo di un tavolo con anca e ginocchio flessi ad angolo retto, misuriamo allo stesso modo la rotazione esterna quando la gamba si porta in dentro e la rotazione interna quando la gamba si porta in fuori³.

Importante è tenere in considerazione il movimento di circonduzione che si definisce come la combinazione dei movimenti elementari effettuati simultaneamente attorno ai tre assi. Quando la circonduzione è spinta fino alla sua massima ampiezza, l'asse dell'arto inferiore descrive nello spazio un cono con vertice nel centro dell'articolazione coxo-femorale (*cono di circonduzione*). Questo cono non è regolare dato che le sue ampiezze estreme non sono uguali in tutte le direzioni dello spazio e la traiettoria descritta dall'estremità dell'arto inferiore, non è dunque un cerchio, ma una curva sinuosa che percorre i differenti settori dello spazio determinati dall'intersezione dei tre piani di riferimento³.

3. Patologie :

- *Artrosi dell'anca o Coxartrosi* :

Col termine di artrosi si va ad indicare un'artropatia cronica a carattere evolutivo, che consiste inizialmente in alterazioni a carattere regressivo della cartilagine articolare e secondariamente in modificazioni delle altre strutture che compongono l'articolazione (fig. 8)⁴ .



fig. 8

L'artrosi si instaura quando in un'articolazione si verifica uno squilibrio tra resistenza della cartilagine e sollecitazioni funzionali a causa di fattori generali o locali⁴ .

Tra i fattori generali abbiamo: età (causa modificazioni del pH del liquido articolare),

ereditarietà (predisposizione ad affezioni artroreumatiche), profilo ormonale (con particolare riguardo agli estrogeni), obesità (causa sovraccarico meccanico a livello articolare), alterazioni metaboliche (ad es. del Calcio) e ambiente (tipo di lavoro svolto, clima, ecc...).

Tra i fattori locali abbiamo: concentrazione o alterata distribuzione delle sollecitazioni meccaniche sulla superficie articolare e alterazioni articolari causate da patologie di natura infiammatoria (per es. artrite reumatoide), post-traumatica, da necrosi epifisarie, ecc...

Da quanto abbiamo detto è dunque possibile distinguere due diverse forme di artrosi: la primaria riferibile solo ai fattori generali, che colpisce solitamente soggetti che hanno superato i 50 anni, e la secondaria quando è riscontrabile una causa locale, si manifesta precocemente ed insorge generalmente su anche nelle quali precedenti affezioni hanno alterato i rapporti o il trofismo dei capi articolari (tra le più importanti sublussazione da displasia evolutiva dell'anca, osteocondrosi dell'anca ed epifisiolisi) ⁴ .

Dal punto di vista anatomopatologico si riscontrano costantemente, anche se variabilmente accentuate in rapporto al grado evolutivo della malattia:

- alterazioni cartilaginee: distribuite a chiazze sulla cartilagine di rivestimento e consistono in alterazioni di colore, assottigliamento e fessurazioni. Inoltre dove il sovraccarico è maggiore la cartilagine può rompersi mettendo a nudo l'osso subcondrale;
- osteofiti marginali: rappresentati da spicole ossee neoformatesi in corrispondenza del margine periferico delle superfici articolari;
- osteosclerosi subcondrale: addensamento del tessuto osseo in corrispondenza delle zone di maggiore usura della cartilagine;
- cavità pseudo cistiche o geodi: piccole cavità presenti nelle zone osteosclerotiche contenenti liquido mucoide, trabecole necrotiche, ecc...;
- alterazioni capsulari: consistenti in edema, ispessimento e fibrosclerosi⁴.

La sintomatologia è esclusivamente locale, di instaurazione subdola e tardiva rispetto all'inizio della malattia, che tende ad evolvere in maniera cronica pur attraversando periodi di attenuazione o remissione. I sintomi fondamentali sono: il *dolore* in sede trocanterica o inguinale, che spesso si irradia alla faccia antero-interna della coscia, *l'atteggiamento di lieve flessione, adduzione e*

rotazione esterna, l'accorciamento dell'arto, dovuto all'atteggiamento obbligato, la *limitazione articolare*, che interessa inizialmente abduzione e rotazione interna, l'*ipotonìa* ed *ipotrofia* dei muscoli dell'arto interessato e la zoppia di fuga alla deambulazione.

Il quadro radiografico è utile per disporre del più corretto orientamento terapeutico possibile e solitamente permette di evidenziare restringimento della rima articolare, sclerosi subcondrale, geodi ed osteofiti. Con l'osservazione dei rapporti esistenti tra testa femorale ed acetabolo è possibile rilevare se il caso in esame è espressione di una forma primitiva di coxartrosi o se invece si tratta di una forma secondaria (ad es. da sublussazione da displasia evolutiva dell'anca).

Il trattamento di elezione nelle coxartrosi avanzate prevede l'intervento chirurgico con posizionamento di un'artroprotesi totale. Con questo trattamento si mira non solo ad eliminare la sintomatologia dolorosa del paziente ma anche a ripristinare l'articolarià dell'anca, assicurando in questo modo una migliore qualità di vita. L'intervento attualmente viene eseguito con l'impianto di un modello protesico composto da uno stelo femorale in lega di titanio e da una componente cotiloidea, formata da una coppa in lega di titanio, che viene posta

nell'acetabolo adeguatamente preparato, provvista di un inserto (in polietilene, lega di titanio o ceramica) destinato ad accogliere l'estremità cefalica (in titanio o ceramica) della componente femorale. Le componenti protesiche descritte possono essere cementate all'osso oppure essere rivestite da sostanze osteoconduttrici (ad es. idrossiapatite), che favoriscono lo sviluppo osseo in sede periprotetica, e assicurano un più durevole ancoraggio della protesi alle strutture ossee. Negli anni sono stati continuamente modificati i vari tipi di protesi ed i loro sistemi di ancoraggio per cercare di ridurre al minimo l'attrito e di conseguenza l'usura delle componenti protesiche in modo da evitare il rischio di mobilizzazione per loro distacco dall'osso con necessaria completa sostituzione dell'impianto⁴ .

4. Gestione infermieristica del paziente chirurgico:

Il processo di assistenza infermieristica (o processo di nursing) è un approccio infermieristico per identificare, diagnosticare e trattare le risposte umane alla salute e alla malattia (America Nurse Association [ANA], 2003). Si compone di cinque fasi: accertamento, diagnosi, pianificazione, attuazione e valutazione. Il processo di assistenza infermieristica si applica per ogni paziente, per fornire cure e assistenza appropriate ed efficaci⁵.

Il processo di assistenza inizia con la prima fase, l'accertamento, la raccolta dati e l'analisi delle informazioni sullo stato di salute del paziente. Quindi, si danno giudizi clinici sulle risposte del paziente ai problemi di salute sotto forma di diagnosi infermieristiche. Dopo aver definito le diagnosi infermieristiche appropriate, si costruisce un piano di assistenza. Questo prevede interventi personalizzati per ciascuna diagnosi infermieristica del paziente. Il passo successivo, l'attuazione, prevede la messa in pratica effettiva degli interventi previsti. Dopo aver erogato gli interventi, si valutano le risposte del paziente e l'efficacia degli interventi. Il processo di assistenza infermieristica è fondamentale per consentire di fornire un'appropriata ed efficace assistenza ai propri pazienti⁵.

Il processo di assistenza infermieristica è una variazione del ragionamento scientifico che consente di organizzare e sistematizzare la pratica infermieristica⁵ .

Fasi del processo di nursing:

A. Accertamento. L'accertamento è la raccolta dati intenzionale e sistematica per determinare lo stato di salute attuale e passato di una persona e lo stato funzionale presente e passato dei modelli di adattamento della persona. L'accertamento infermieristico prevede due fasi:

- raccolta e verifica dei dati da una fonte primaria (il paziente) e da fonti secondarie (per esempio, familiari, operatori sanitari e cartella clinica);
- analisi di tutti i dati come base per sviluppare diagnosi infermieristiche, individuare i problemi collaborativi ed elaborare un piano di assistenza individualizzato.

Lo scopo dell'accertamento è di creare una banca dati sui bisogni percepiti dalla persona, sui suoi problemi di salute e sulle sue risposte a questi problemi.

I metodi usati per la raccolta dati sono: l'osservazione, il colloquio-intervista, l'esame fisico e la visione della documentazione clinica. I dati dell'accertamento devono essere raccolti e ordinati in modo da prevenire l'omissione di informazioni utili per la formulazione della fase successiva del processo di nursing, la diagnosi infermieristica⁵ ;

- B. Diagnosi infermieristica. La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute reali o potenziali oppure ai processi di vita. (NANDA International, 2007).

N.B. Quando i medici fanno riferimento a diagnosi mediche comunemente accettate, come l'infarto del miocardio, il diabete mellito o l'osteoartrite, conoscono bene il significato delle diagnosi e gli approcci standard per il trattamento. Una diagnosi medica consiste nell'identificazione della condizione di malattia basandosi sulla valutazione specifica dei segni fisici, dei sintomi, dell'anamnesi medica del paziente e sui risultati degli esami e delle procedure diagnostiche. L'assistenza infermieristica utilizza un linguaggio diagnostico simile.

La diagnosi infermieristica classifica i problemi di salute all'interno del dominio infermieristico. Il processo di diagnosi è il risultato dell'analisi dei dati e della conseguente identificazione delle risposte specifiche del paziente ai problemi di salute. Il termine diagnosi significa "distinguere" oppure "conoscere".

Un problema collaborativo consiste in una complicanza fisiologica reale o potenziale che un infermiere tiene sotto controllo per identificare l'eventuale insorgenza di

cambiamenti nello stato di un paziente (Carpenito-Moyet, 2005). Quando si sviluppa un problema collaborativo, gli infermieri intervengono in collaborazione con specialisti di altre discipline. Gli infermieri gestiscono problemi collaborativi come l'emorragia, l'infezione e l'aritmia cardiaca usando gli interventi prescritti dal medico sia prescritti dall'infermiere al fine di minimizzare le complicazioni.

La NANDA-I (2007) ha identificato quattro tipi di diagnosi infermieristiche: diagnosi reali, diagnosi di rischio, diagnosi di benessere e diagnosi di promozione della salute.

Una diagnosi infermieristica reale descrive le risposte umane alle condizioni di salute oppure i processi presenti in un individuo, una famiglia o una comunità.

Una diagnosi infermieristica di rischio descrive le risposte umane alle condizioni di salute o ai processi di vita che potrebbero svilupparsi in un individuo, una famiglia o una comunità vulnerabili. (Es. rischio di infezione dopo intervento chirurgico).

Una diagnosi infermieristica di promozione della salute consiste nel giudizio clinico sulla motivazione o il desiderio di una persona, una famiglia o una comunità di migliorare il benessere e realizzare il potenziale di salute umana, come espresso nella loro disponibilità a

sviluppare i comportamenti salutari specifici, quali corretta alimentazione ed esercizio fisico.

Una diagnosi infermieristica di benessere descrive le risposte umane ai livelli di benessere di una persona, una famiglia o una comunità che hanno una disponibilità a migliorare. Si tratta di un giudizio clinico circa un individuo, un gruppo o una comunità in transizione da un livello specifico di benessere ad un livello più alto. Si utilizza questo tipo di diagnosi quando il paziente desidera raggiungere o ha già raggiunto un livello ottimale di salute⁵.

- C. Pianificazione. La pianificazione, la terza fase del processo infermieristico, è una categoria di comportamenti infermieristici in cui un infermiere stabilisce gli obiettivi centrati sul paziente e i risultati attesi e, quindi, pianifica gli interventi infermieristici. La pianificazione richiede l'uso del pensiero critico, applicato attraverso l'assunzione di decisioni ponderate e strategie per la risoluzione dei problemi. Un altro aspetto della pianificazione è l'identificazione delle priorità del paziente; infatti un singolo paziente ha spesso diagnosi multiple e problemi collaborativi. Essere capaci di identificare le priorità con cura e saggezza per un singolo paziente o per un gruppo permette l'erogazione di assistenza appropriata e tempestiva. Una pianificazione ben riuscita richiede la collaborazione con il paziente e la famiglia, il consulto con

altri membri dell'équipe e anche una revisione della letteratura inerente. Ciò include anche tutte le evidenze disponibili sui problemi assistenziali del paziente.

Per una corretta pianificazione è essenziale porre degli obiettivi. Gli obiettivi e i risultati forniscono un focus molto chiaro per il tipo di intervento necessario per prendersi cura del paziente.

Un obiettivo è una definizione ampia che descrive i cambiamenti desiderati nelle condizioni o nel comportamento del paziente. Per poter controllare i progressi, è necessario usare i risultati attesi o altri criteri misurabili per valutare l'eventuale raggiungimento dell'obiettivo. Gli obiettivi possono essere a breve termine o a lungo termine.

Un obiettivo a breve termine è un comportamento oggettivo o una reazione che il paziente può obiettivamente raggiungere in un breve periodo di tempo, di norma meno di una settimana.

Un obiettivo a lungo termine è un comportamento oggettivo o una reazione che un paziente può plausibilmente raggiungere in un periodo più lungo, di norma diversi giorni, settimane o addirittura mesi.

L'identificazione dell'obiettivo stabilisce la cornice per il piano di assistenza infermieristica⁵.

- D. Attuazione. L'attuazione, la quarta fase del processo di nursing, formalmente inizia dopo che l'infermiere ha

sviluppato un piano di assistenza. L'infermiere inizia a mettere in pratica gli interventi che possibilmente raggiungeranno gli obiettivi e i risultati attesi, necessari a sostenere e migliorare lo stato di salute del paziente.

Un intervento di assistenza infermieristica è un qualsiasi trattamento basato sulle conoscenze e sul giudizio clinico che l'infermiere mette in atto per migliorare i risultati del paziente. Idealmente, gli interventi dell'infermiere sono basati sulle evidenze e forniscono gli approcci più efficaci, attuali e aggiornati per risolvere i problemi del paziente. Gli interventi includono misure di assistenza sia diretta che indiretta, pensate per l'individuo, la famiglia e/o la comunità.

Gli interventi di assistenza diretta sono trattamenti attuati attraverso l'interazione con i pazienti. Per esempio, un paziente riceve un intervento diretto sotto forma di somministrazione di un farmaco, di un'infusione endovenosa o di un counseling durante un periodo di depressione. Gli interventi di assistenza indiretta sono trattamenti attuati lontano dal paziente, ma nell'interesse suo o di un gruppo di pazienti. Per esempio, misure di assistenza indiretta includono interventi per la gestione dell'ambiente del paziente, documentazione e collaborazione interdisciplinare⁵.

- E. Valutazione. La valutazione, fase finale del processo di nursing, è cruciale per determinare se, dopo

l'applicazione del processo, le condizioni o il benessere del paziente migliorano. Si utilizzano tutte le informazioni sul paziente e le sue condizioni, così come le esperienze con i pazienti precedenti, per valutare se gli interventi sono stati efficaci. Bisogna utilizzare misure di valutazione per determinare se sono stati raggiunti i risultati attesi; questi infatti sono gli standard con cui l'infermiere giudica se l'obiettivo è stato raggiunto e se l'assistenza ha avuto successo.

Durante la fase di valutazione si mette in evidenza se l'obiettivo è stato raggiunto, se è stato raggiunto solo parzialmente, se non è stato raggiunto, se sono sorti altri problemi o sono state formulate altre diagnosi infermieristiche. La valutazione finale esplicita il risultato dell'intero processo assistenziale: l'obiettivo può essere completamente raggiunto, parzialmente raggiunto o non raggiunto⁵.

Il piano assistenziale per un paziente che viene sottoposto ad intervento chirurgico maggiore prevede diverse diagnosi infermieristiche e/o problemi collaborativi per ognuno dei quali è previsto un intervento assistenziale specifico⁶.

✓ *Giorno di ingresso.*

Diagnosi infermieristica - Problema collaborativo:

Ansia correlata a insufficiente conoscenza delle procedure ospedaliere, delle attività/esercizi pre- e post-operatori e delle alterazioni/sensazioni post-operatorie.

Disturbi del sonno correlati a risposta ansiosa per l'attesa dell'intervento chirurgico o a dolore da patologia specifica⁶.

Interventi assistenziali:

- Presentarsi al paziente e ai familiari, accompagnare il paziente nella sua stanza e fornirgli le informazioni adeguate ad una prima accoglienza.
- Eseguire l'intervista e compilare la scheda infermieristica. Verificare che il paziente sia stato informato del tipo e della natura dell'intervento previsto, determinare il livello di comprensione e rinforzare le informazioni fornite dal medico, se necessario.
- Assicurare informazioni generali sulla routine preparatoria immediata.
- Spiegare ogni procedura, la sua motivazione e la sua importanza (es. digiuno preoperatorio).
- Garantire al paziente un ambiente tranquillo e confortevole.
- Richiedere l'intervento del medico per la prescrizione di una terapia ansiolitica, se necessario.

- Somministrare terapia ansiolitica, se prescritta
- Somministrare terapia antalgica, se necessario.

Educazione sanitaria pre-operatoria: insegnare al paziente ad alzarsi dal letto e a indossare la fascia elastica, eseguire la ginnastica attiva antitrombotica⁶ .

✓ *Giorno precedente l'intervento.*

Diagnosi infermieristica - Problema collaborativo:

Rischio di nutrizione alterata (inferiore al fabbisogno) correlato a diminuito apporto secondario alle restrizioni dietetiche imposte dalla chirurgia.

Rischio di *ab ingestis* all'induzione dell'anestesia⁶ .

Interventi assistenziali:

- Avvisare il paziente che deve eseguire una specifica preparazione all'intervento e spiegargliene le modalità.
- Perché il paziente non resti digiuno troppo a lungo, in relazione all'orario e alla modalità in cui si svolge la preparazione, somministrare cibi adeguati.
- Avvisare il paziente che deve essere digiuno dalle sei ore precedenti l'intervento (la restrizione è valida anche per i liquidi).

✓ *Giorno dell'intervento.*

Diagnosi infermieristica - Problema collaborativo.

Rischio di infezione post-operatoria correlata a una sede di possibile invasione da microrganismi secondaria a perdita dell'integrità cutanea per incisione chirurgica.

Rischio di incontinenza urinaria correlato a riduzione del tono muscolare vescicale secondario ad anestesia generale.

Rischio di deficit del volume di liquidi correlato a perdite intraoperatorie e mancato apporto idrico secondario a digiuno post-operatorio.

Rischio di emorragia e shock ipovolemico.

Dolore acuto correlato a trauma tissutale secondario a incisione chirurgica.

Disturbi del sonno correlati a dolore da trauma tissutale secondario a intervento chirurgico⁶ .

Interventi assistenziali:

- Invitare il paziente a sottoporsi a una doccia prima di scendere in sala operatoria.
- Eseguire la depilazione della zona d'incisione con crema depilatoria o rasoio elettrico.
- Invitare il paziente a togliere la biancheria intima, tutti gli oggetti metallici, protesi, smalto e trucco.
- Somministrare terapia antibiotica per profilassi, se prescritta.
- Posizionare catetere vescicale.

- Controllo diuresi e bilancio idroelettrolitico ogni due ore per le prime dodici ore post-operatorie.
- Controllo pressione arteriosa e frequenza cardiaca ogni due ore per le prime sei ore post-operatorie. Controllare la temperatura corporea per evidenziare l'eventuale presenza di iperpiressia.
- Controllare lo stato della medicazione e la quantità e qualità del liquido dei drenaggi.
- Diminuire il dolore chirurgico somministrando terapia antalgica come da prescrizione.
- Controllo catetere venoso centrale, se presente, e medicare ogni quarantotto ore; controllo catetere venoso periferico.
- Controllare lo stato della medicazione.
- Chiedere al paziente di specificare il tipo di dolore e la sede.
- Seguire la prescrizione di terapia antalgica; avvisare il medico in caso si evidenzia la necessità di modificare il regime terapeutico.
- Garantire un ambiente tranquillo.

✓ *Prima giornata post-operatoria e successive.*

Diagnosi infermieristica - Problema collaborativo.

Deficit della cura di sé correlato a dolore da intervento chirurgico, ridotta mobilità, postura forzata ecc.

Rischio di fenomeni tromboembolici secondari a immobilità.

Rischio di infezione correlato a una sede di possibile invasione di microrganismi secondaria alla presenza di linee invasive e perdita dell'integrità cutanea per intervento chirurgico.

Rischio di deficit del volume dei liquidi correlato a perdite intra-operatorie e mancato apporto idrico secondario a digiuno post-operatorio.

Rischio di deiscenza dell'anastomosi.

Disturbi del sonno correlati a dolore da trauma secondario a incisione chirurgica⁶ .

Interventi assistenziali:

- Garantire le cure igieniche.
- Ridurre il dolore somministrando terapia antalgica almeno mezz'ora prima dell'inizio delle cure.
- Invitare il paziente ad eseguire la ginnastica attiva degli arti inferiori mentre è sdraiato a letto.
- Verificare che indossi le calze elastiche che deve mantenere anche a letto per i primi cinque giorni.
- Mobilizzare il paziente il più precocemente possibile e invitarlo a passare almeno alcune ore seduto in poltrona.
- Somministrare terapia antitrombotica.

- Controllo catetere venoso centrale, se presente, e medicare se necessario; controllo catetere venoso periferico.
- Sostituire le linee infusionali ogni quattro ore.
- Eseguire la medicazione della ferita.
- Controllare la temperatura corporea per evidenziare l'eventuale insorgenza d'iperpiressia.
- Controllo diuresi e bilancio idroelettrolitico ogni dodici ore.
- Controllo caratteristiche del liquido di drenaggio.
- Rimuovere il drenaggio dopo che il paziente si è canalizzato.
- Chiedere al paziente di specificare il tipo di dolore e la sede.
- Somministrare la terapia antalgica prevista al bisogno.
- Garantire un ambiente tranquillo.

5. Complicanze:

L'intervento di posizionamento di artroprotesi totale di anca (ATA) è gravato da numerose complicanze di ordine generale e locale⁷ .

➤ *Complicanze generali:*

- Trombo-embolia venosa: la malattia trombo-embolica è una comune complicanza in seguito ad intervento di posizionamento di ATA ed è responsabile di più del 50% della mortalità post-operatoria associata a questo intervento. In assenza di profilassi si possono verificare trombosi venose profonde asintomatiche in circa il 50-60% dei pazienti. La maggior parte di questi trombi rimangono silenti dal punto di vista clinico e si risolvono senza manifestazioni e senza sequele, però in una piccola percentuale di pazienti sottoposti a questo tipo di intervento (dal 2% al 5%) è possibile che si sviluppino sintomi legati alla malattia trombo-embolica. I trombi non trattati sono infatti in grado di migrare prossimalmente ed in alcuni casi di embolizzare a livello del circolo polmonare (aumentando quindi notevolmente la

possibilità che il paziente vada incontro ad exitus).

È molto difficile andare ad individuare i pazienti a rischio, visto che, da quanto esposto in letteratura, fino al 50% dei pazienti che hanno avuto episodi di trombo-embolismo non avevano fattori di rischio associati. Nonostante questo è possibile identificare alcuni fattori predisponenti che sono associati allo sviluppo di trombo-embolia venosa sintomatica: anamnesi positiva per pregressa malattia trombo-embolica venosa, obesità, ritardo della deambulazione dopo l'intervento, sesso femminile, polimorfismi genetici, età avanzata, condizioni di ipercoagulabilità ecc...

Il notevole aumento di questo tipo di eventi in seguito ad intervento di posizionamento di ATA comporta dunque la necessità di una profilassi nel periodo peri-operatorio con metodiche farmacologiche (utilizzo di Warfarin, Eparina non frazionata [per es. Arixtra], Eparina a basso peso molecolare [per es. Clexane], ecc...) e meccaniche (stivali a compressione pneumatica, compressione plantare intermittente e calze vascolari).

Importante è sottolineare come questa complicanza spesso si possa sviluppare dopo la dimissione a causa dell'accorciamento dei tempi di degenza. Da ciò risulta importante la durata della trombo profilassi, che secondo i risultati degli studi randomizzati e di quelli di coorte effettuati dimostrano come 10-14 gg di profilassi dovrebbero essere appropriati per la maggior parte dei pazienti⁷ .

- Infezioni peri-protetiche: sono una delle più temute e preoccupanti complicanze di un intervento altrimenti destinato, nella maggior parte dei casi, al successo. L'infezione peri-protetica può indurre il paziente ad una significativa e prolungata morbidità e, se trattata in maniera inadeguata, spesso comporta terapie prolungate con un maggior rischio di invalidità permanente. Numerosi fattori entrano in gioco nel corretto trattamento di questo tipo di complicanze. Infatti l'infezione profonda si può manifestare in modi diversi: *acuta post-operatoria*, si presenta circa 1-3 settimane dopo l'intervento, *acuta da disseminazione ematogena*, si presenta solitamente in un'articolazione non infetta in precedenza e ben funzionante, e *cronica*,

infezione che probabilmente era presente fin dal momento dell'intervento, ma di solito è a bassa virulenza tanto che i segni ed i sintomi dell'infezione possono mancare (in questo tipo di infezione rientrano anche le diagnosi mancate o ritardate di infezione acuta). Esistono anche altre variabili importanti nella scelta del trattamento e che possono influenzarne il risultato come le comorbilità del paziente, lo stato dei tessuti molli peri-articolari, il tempo trascorso dall'intervento e la virulenza del microrganismo.

Il trattamento chirurgico dell'infezione peri-protesica dell'anca dipende dalla modalità di presentazione, dalle condizioni dell'impianto (stabile o mobilizzato), dalla qualità dell'osso e dalle comorbilità del paziente. Avremo dunque procedure in cui la protesi viene conservata, altre in cui la protesi viene rimossa e reimpiantata e procedure di salvataggio nelle quali la protesi è rimossa in maniera definitiva (artodesi, amputazione, ecc...). La gestione peri-operatoria per tutti questi pazienti comprende un'adeguata assistenza internistica, un supporto nutrizionale ed

un'adeguata terapia antibiotica per il trattamento dell'infezione⁷ .

- Anemizzazione post-chirurgica: come molti altri interventi di chirurgia maggiore, il posizionamento di ATA può portare alla perdita di una importante quantità di sangue tale da sviluppare un'anemia nel periodo post-operatorio. Il valore target per la necessità o meno di una trasfusione risulta essere il valore di Emoglobina (Hgb) <8, soprattutto nei pazienti anziani ed in quelli ad alto rischio. La necessità di ricorrere alle trasfusioni è correlata ad un incremento delle comorbilità e per questo nei pazienti ortopedici spesso si mira ad intervenire chirurgicamente, soprattutto in questo tipo di interventi di elezione non urgenze, quando i valori di Hgb pre-operatori sono ≥ 12 ⁷ .

➤ *Complicanze locali:*

- Lesioni neuro-vascolari: le lesioni neuro-vascolari associate al posizionamento di ATA sono eventi che cambiano la vita dei pazienti, per cui è responsabilità dell'operatore ridurre al minimo queste complicanze. Per questo è

fondamentale un pronto riconoscimento delle complicanze che con un'azione appropriata dovrebbe migliorare la prognosi a lungo termine dei pazienti⁷ .

A. *Nervi:*

Le lesioni nervose nella regione dell'anca possono essere causate da numerosi meccanismi: trazione ed allungamento, trauma diretto, compressione o ischemia. La lesione del nervo può avvenire durante l'accesso chirurgico all'articolazione, mentre si posiziona un divaricatore, dai dispositivi chirurgici utilizzati per assicurare gli impianti o tramite qualsiasi altro metodo che possa danneggiare il nervo. I fattori di rischio per le lesioni di un nervo sono: un intervento chirurgico per malattia congenita dell'anca, un intervento di revisione o un precedente intervento, il sesso femminile ed un allungamento dell'arto > 4 cm. La diagnosi della lesione di un nervo dopo intervento di posizionamento di ATA è confermata con un semplice esame motorio e sensitivo del nervo interessato.

Il nervo sciatico è il nervo più comunemente lesionato e si dovrebbe valutare la sua funzione nei suoi rami di divisione specifici, il peroneo comune ed il tibiale, notando la dorsi-flessione e la flessione plantare delle dita dei piedi e della caviglia.

Il nervo femorale è lesionato meno frequentemente e la sua funzione è possibile valutarla con il paziente che contrae il quadricipite o schiaccia il ginocchio sul letto.

Il nervo otturatorio è quello che più difficilmente risulta lesionato e la valutazione della sua funzione è difficile da eseguire⁷.

B. *Vasi:*

Le lesioni vascolari associate a posizionamento di ATA sono molto rare e sono dovute a numerosi meccanismi: perforazione, eccessiva distensione, rottura intimale con formazione di trombo, lacerazione durante il posizionamento della protesi, occlusione trombotica, aneurisma artero-venoso. Una volta identificata una lesione

vascolare, le dimensioni e la sede della lesione sono critiche per stabilire il suo trattamento⁷ .

- Ematoma post-operatorio: la formazione di ematomi è una complicanza abbastanza frequente dopo gli interventi di posizionamento di ATA. Un ematoma va a pregiudicare la guarigione della ferita chirurgica poiché aumenta la tensione sulla ferita e riduce la perfusione dei tessuti. Il drenaggio cronico di un ematoma può rappresentare un mezzo di coltura che può portare ad un'infezione profonda. Inoltre un ematoma se teso e molto voluminoso può causare danni neurologici da compressione. La formazione di un ematoma riconosce diverse cause e dipende sia da fattori dell'ospite (obesità, interventi precedenti, stato di ipocoagulazione) che da fattori chirurgici (tecnica di dissezione, terapia antitromboembolica nel post-operatorio). Gli ematomi della ferita in genere si sviluppano durante le prime due settimane dall'intervento e la tumefazione può essere localizzata, ma più spesso interessa l'anca in toto e i suoi margini non sono definiti.

La prevenzione degli ematomi della ferita si ottiene con un attento controllo della terapia anticoagulante ed eseguendo un'emostasi meticolosa durante la procedura chirurgica. L'uso routinario di un drenaggio in aspirazione può, in teoria, ridurre il tasso di ematomi della ferita, ma molti studi hanno invece dimostrato che il drenaggio post-operatorio delle ferite non offre alcun vantaggio⁷ .

- Lussazione: la lussazione dell'articolazione coxo-femorale è una complicanza frequente e molto disabilitante dopo intervento di artroprotesi d'anca primaria e di revisione. I fattori di rischio chiamati in causa come predisponenti alle lussazioni sono: il sesso femminile, l'età > 70 anni, le alterazioni della funzionalità cerebrale, la storia di abuso di alcol, i disturbi dell'equilibrio, la diagnosi preoperatoria di osteonecrosi e frattura del collo del femore, alterazioni tono e trofismo muscolare, l'esperienza del chirurgo ed il mal posizionamento delle componenti protesiche. Un particolare studio ha anche messo in evidenza che una maggiore prevalenza di lussazione era correlata ad una minore durata del periodo di ospedalizzazione. La lussazione

è molto più comune dopo gli interventi di revisione di protesi d'anca.

Il trattamento di una lussazione post-operatoria precoce dopo intervento di posizionamento di ATA primaria o di revisione è la riduzione incruenta. Quando si riduce una lussazione di protesi d'anca viene raccomandata un'anestesia spinale con l'impiego di miorilassanti per evitare la dissociazione delle componenti modulari o la perdita di fissazione delle componenti che potrebbero risultare da una riduzione forzata, però spesso la lussazione viene ridotta in Pronto Soccorso senza l'ausilio di analgesici o anestetici. Dopo la riduzione bisogna eseguire manovre di escursione articolare dell'anca per determinare l'arco sicuro di movimento. È consigliabile applicare al paziente un tutore dopo una prima lussazione per mettere a riposo i tessuti molli ed evitare una recidiva precoce. In rari casi può rendersi necessaria una riduzione a cielo aperto se la riduzione della lussazione non può essere ottenuta incruentamente. Prima di un intervento di revisione per lussazioni recidivanti dell'anca bisogna eseguire un accurato studio clinico e

radiografico del paziente e delle componenti protesiche.

Alcuni pazienti vanno incontro per la prima volta ad una lussazione 5 anni o più dopo un posizionamento di protesi d'anca e i fattori di rischio più importanti per una lussazione "tardiva" sono: precedenti sublussazioni, traumi, comparsa di disturbi cognitivi o neurologici⁷.

- Dismetrie: la percezione del paziente di avere una disegualianza di lunghezza degli arti inferiori nel primo periodo post-operatorio è relativamente frequente, ma fortunatamente nella maggioranza dei casi questa sensazione si risolve con il tempo e con il trattamento riabilitativo. La vera dismetria si correla solitamente ad un allungamento dell'arto operato ed in questa situazione la causa principale è la posizione non ideale di una componente. La maggioranza dei pazienti con dismetria minore degli arti inferiori dopo posizionamento di ATA è paucisintomatica e la maggioranza dei pazienti con dismetria moderata ha sintomi di facile trattamento, mentre un gruppo di pazienti con dismetria marcata può avere delle disabilità importanti

che derivano dal dolore e dall'impotenza funzionale. La pianificazione pre-operatoria dettagliata e l'educazione del paziente sono fattori importanti per ottenere un risultato positivo riguardo alla lunghezza dell'arto dopo posizionamento di ATA. Solo nei casi in cui il trattamento conservativo che includa educazione, tempo di recupero, terapie fisiche e rialzi delle scarpe non porti ad un risultato soddisfacente si può considerare un nuovo intervento chirurgico per trattare la dismetria⁷.

- Fratture peri-protesiche: sono gravi complicanze di un'ATA e sono associate ad un esito funzionale non sempre ottimale, ad una maggiore morbilità e ad un alto tasso di mortalità (soprattutto nei pazienti più anziani). Si tratta di una complicanza sempre più prevalente ed i fattori associati a questo incremento sono l'ampliamento delle indicazioni all'intervento di protesi d'anca ed una crescente popolazione di riceventi una sostituzione articolare e/o una revisione. I pazienti a rischio di sviluppare una frattura peri-protesica sono quelli con osteoporosi, osteopenia, osteolisi, deformità dell'osso, displasia evolutiva dell'anca, pregresse

fratture dell'estremità prossimale del femore ed impianti femorali allentati.

Sono molte le classificazioni delle fratture peri-protesiche riportate in letteratura, la più usata è la *Classificazione intra-operatoria e post-operatoria di Vancouver*, che tiene conto del sito di frattura, della stabilità dell'impianto e delle condizioni della riserva ossea circostante.

Il trattamento migliore per queste fratture è la prevenzione. In tal senso potrebbero essere utili le indagini che valutano la densità minerale ossea pre-operatoria nei pazienti da sottoporre ad impianto di ATA e la terapia per migliorare la densità ossea. La prevenzione deve essere fatta anche dal chirurgo con un attento follow-up della protesi in modo da poter identificare e trattare immediatamente eventuali segnali di un'imminente rottura ossea⁷.

SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo del nostro studio è quello di analizzare la diversa gestione medico-infermieristica del paziente, trattato chirurgicamente con il posizionamento di un'ATA e che ha sviluppato o meno complicanze post-chirurgiche, in base alle alterazioni di natura psicologica che possono talvolta emergere durante una degenza ospedaliera di lunga durata.

Il razionale che ha mosso la nostra curiosità è stato quello di evidenziare come le difficoltà inerenti il trattamento di questo tipo di pazienti, sottoposti ad interventi chirurgici così invasivi, possano essere molto differenti in soggetti affetti da patologie psichiatriche rispetto a quelle che possono interessare soggetti non affetti da patologie psichiatriche. In tal senso ruolo fondamentale è giocato oltre che dal tipo di complicanza che può svilupparsi o meno nel periodo post-operatorio, dalla condizione psichica del paziente durante il suo periodo di ricovero mettendo bene in evidenza le differenze, se presenti, tra la condizione pre-chirurgica e quella post-chirurgica.

MATERIALI E METODI

In questo studio abbiamo preso in considerazione tutti i pazienti operati, presso la Clinica Universitaria di Sassari nel Dipartimento di Ortopedia e Traumatologia, per il posizionamento di un'artroprotesi totale d'anca in un anno di attività (da Agosto 2015 ad Agosto 2016).

Con la valutazione delle cartelle cliniche e le visite quotidiane a letto, durante il periodo di degenza, abbiamo seguito i pazienti nell'immediato post-chirurgico ed abbiamo avuto la possibilità di valutare la comparsa, il tipo e la differente gestione delle complicanze post-chirurgiche, prendendo in considerazione maggiormente i pazienti con comorbidità psichiatriche già note ed in trattamento o insorte durante il ricovero in seguito a valutazione specialistica.

Avvalendoci degli studi presenti in letteratura e dagli articoli analizzati è emersa un'importante correlazione tra complicanze post-operatorie e disturbi psichiatrici che è stata oggetto del nostro studio.

RISULTATI

Il nostro studio ha preso in analisi 25 pazienti sottoposti ad intervento di artroprotesi totale d'anca (ATA).

In 12 pazienti è stato osservato un decorso clinico regolare; i restanti 13 pazienti (52%) hanno sviluppato complicanze [fig. 9].

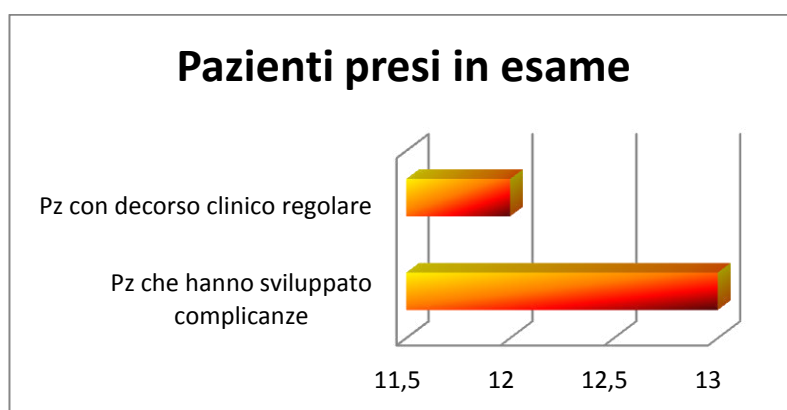


fig. 9

Di questi ultimi, il 54% presentava un disturbo psichiatrico (sindrome ansioso-depressiva) all'ingresso in ospedale [fig. 10].

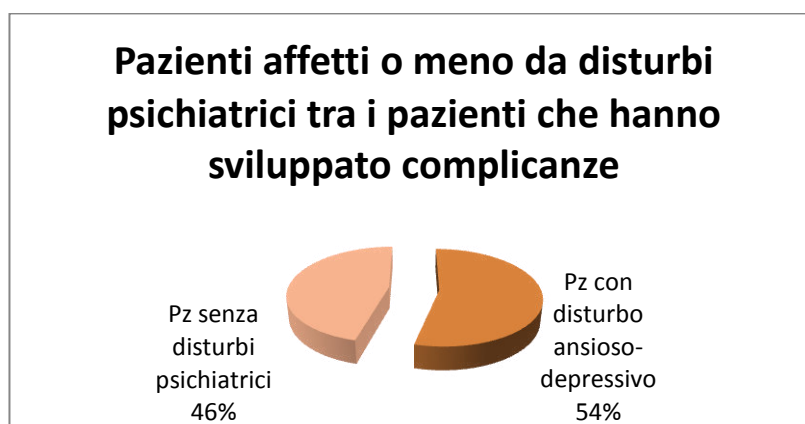


fig. 10

La complicanza post-operatoria che si è presentata maggiormente è l'anemia acuta (10 casi). Questo dato è stato avvalorato da uno studio presente in letteratura, che afferma che i pazienti affetti da depressione hanno un rischio più alto di andare incontro a necessità di trasfusione di sangue. Una possibile spiegazione è da ricercarsi nella terapia assunta dai pazienti, legata al trattamento della depressione: farmaci come gli antipsicotici e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono stati associati ad attività antiplastrinica⁸.

Le altre complicanze, presenti in misura decisamente inferiore e che si sono spesso associate all'anemia acuta, sono state: infezioni peri-protesiche (2 casi), lussazioni dell'anca (2 casi), fratture peri-protesiche (2 casi) e lesioni neuro-vascolari (1 caso). Queste altre complicanze sono da associare prevalentemente a mobilizzazioni sbagliate, dovute alla scarsa compliance dei pazienti durante le pratiche di igienizzazione, o a movimenti sbagliati praticati dai pazienti stessi durante il periodo post-operatorio (es. intrarotazione dell'arto operato), sia nei momenti di riposo che in quelli in cui praticavano fisioterapia, o ancora a traumi subiti in seguito a cadute verificatesi a causa dell'instabilità durante la deambulazione o durante i passaggi posturali.

Il disturbo depressivo è stato anche riscontrato in numerosi nostri pazienti che hanno sofferto di dolore muscolo-scheletrico

tendente alla cronicizzazione, come evidenziato in letteratura⁹ , durante il ricovero ospedaliero e sembrerebbe che sia associato ad un accrescimento dello stesso ed alla sua persistenza dopo l'intervento. Abbiamo infatti notato che questi pazienti hanno avuto la necessità di ricorrere ad una terapia antidolorifica in misura maggiore (7 casi) rispetto agli altri degenti nel nostro reparto [fig. 11].

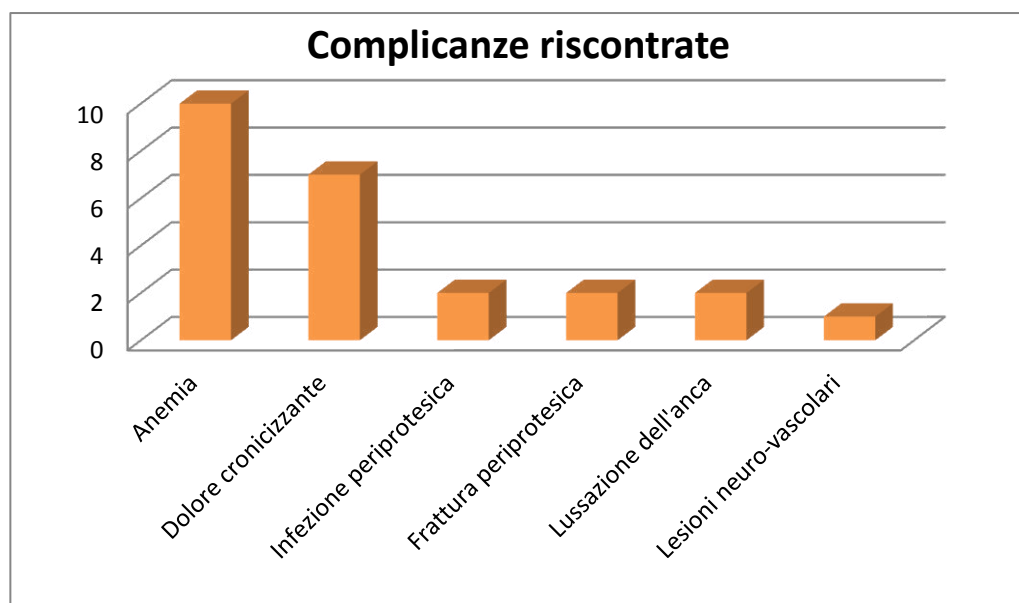


fig. 11

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Nel corso del nostro studio è stata messa in evidenza una chiara correlazione tra patologie psichiatriche e complicanze post-operatorie. Solo l'8% dei pazienti con sindrome ansioso-depressiva ha avuto un decorso clinico regolare. La depressione è stata associata a complicanze post-operatorie come psicosi, anemia, infezioni ed embolia polmonare. Sembrerebbe però che sia presente un minor rischio di sviluppare complicanze cardiache e gastrointestinali.

Questi dati ci dimostrano l'importanza dell'aspetto psicologico all'interno del processo assistenziale. Un paziente psichiatrico potrebbe essere incline all'assunzione rigorosa della terapia tanto quanto un soggetto che non presenta disturbi di questa natura. In particolare, in alcuni pazienti psichiatrici si può verificare il fenomeno del "transfert" nei confronti del farmaco stesso, quando questo diventa surrogato del medico o dell'infermiere. Viceversa, il paziente può sviluppare intolleranza nei confronti della terapia, esattamente come un paziente non psichiatrico può considerare "inutile" il trattamento a cui è sottoposto.

La differenza nella gestione, pertanto, è frutto in primo luogo della consapevolezza da parte dell'equipe medico-infermieristica del disturbo psichiatrico del paziente. In questo modo è possibile garantire al paziente un'assistenza mirata e personalizzata in base alle sue esigenze. Il paziente depresso e/o ansioso avrà bisogno continuo di sentirsi al centro del

processo assistenziale; gli interventi infermieristici saranno mirati a conoscere e capire i suoi bisogni e a gestirli in base ai segni e sintomi. Parlare con il paziente e spiegargli cosa deve aspettarsi, l'importanza di seguire correttamente la terapia e di fidarsi dell'equipe possono essere ottimi punti da cui partire.

Differenze nella gestione medico infermieristica comprendono:

- Particolare attenzione durante la somministrazione di sangue ed emoderivati. Il paziente potrebbe avere un'avversione alla terapia, per cui è essenziale spiegargli l'importanza della trasfusione e rassicurarlo. Se il paziente mostra segni di intolleranza e/o disagio può essere utile rimanere con lui durante la somministrazione o eventualmente garantire la presenza di un familiare.

L'infusione di sangue o emoderivati prevede l'innesto medico ma è di gestione infermieristica. È pertanto responsabilità dell'infermiere verificare la corretta somministrazione e valutare gli eventuali rischi/complicanze.

- Gestione del dolore peri-operatorio. I pazienti con disturbo depressivo soffrono spesso di dolore cronico; questo sicuramente influisce sul periodo post-operatorio. Numerosi studi hanno dimostrato che in molti pazienti il dolore post-operatorio ha spesso origine psichiatrica; per questo motivo potrebbe essere utile non esitare a richiedere una valutazione psichiatrica.

L'equipe medico-infermieristica dovrà valutare il problema collaborativo della terapia antalgica, individuando la scelta del farmaco adatto e riportando eventuali benefici e/o insuccessi. Il dolore è un'esperienza spiacevole ed estremamente soggettiva, per cui è importante lasciare che il paziente ci guidi sul suo decorso. Nella ricerca della causa del dolore post-operatorio sarà naturalmente presa in considerazione l'ipotesi della natura psichiatrica. Attraverso misure precauzionali di questo tipo, l'incidenza del dolore post-operatorio in seguito ad ATA potrebbe diminuire significativamente.

- Mobilizzazione del paziente. Il paziente nei primi giorni successivi all'intervento deve essere mobilizzato con estrema attenzione per non compromettere la protesi. La mobilizzazione è importante per prevenire complicanze come trombosi agli arti inferiori; a tal proposito verrà disposta dal medico una terapia farmacologica adeguata, insieme a misure precauzionali come l'utilizzo di calze vascolari ed elevazione degli arti inferiori per favorire la circolazione. Un paziente depresso può essere intollerante all'attività e quindi essere maggiormente predisposto a queste complicanze. È importante quindi stimolare il paziente alla mobilizzazione corretta.
- Nutrizione alterata. Nel periodo successivo all'intervento, anche a causa dell'anestesia, si può verificare un calo dell'appetito e una variazione dell'alvo. I pazienti depressi

possono essere normalmente soggetti ad un calo dell'appetito a causa della patologia. Questo favorisce un quadro nutrizionale alterato e può predisporre il paziente alle infezioni; è essenziale valutare quindi lo stato nutrizionale e correggere eventuali carenze.

In conclusione, l'aspetto psicologico del paziente è fondamentale per iniziare il processo assistenziale ma non deve ridursi al solo paziente psichiatrico. Conoscere e diagnosticare la natura del disturbo è importante per gestire ed eventualmente cercare di ridurre le complicanze post-operatorie alle quali i disturbi psichiatrici sono correlati; ma se la valutazione psichiatrica non rileva problemi degni di nota, l'attenzione dell'equipe sarà comunque rivolta all'aspetto psicologico del paziente, trattandone segni e sintomi, seppur in misura inferiore.

BIBLIOGRAFIA

1. *Anastasi G. & Co. : Trattato di Anatomia Umana Vol. 1, Edi-Ermes, 2006.*
2. *Llusa M., Vived A. M., Gil D. R. : Anatomia Chirurgica dell'Apparato Muscolo-Scheletrico, Verduci Editore, 2010.*
3. *Kapandji A. I. : Anatomia Funzionale Vol. 2, Arto Inferiore, Maloine – Monduzzi editoriale, 2011.*
4. *Morlacchi C. , Mancini A. : Clinica Ortopedica, Manuale – Atlante, Piccin, 2010.*
5. *Potter P. A. Perry A. G. : Fondamenti di infermieristica, Elviesier Masson, 2011.*
6. *Alloni R., Destrebecq A., Gianotti L., Poma S. : Infermieristica Clinica in Chirurgia, Hoepli, 2005.*
7. *Hozack W. J., Parvizi J., Bender B. : Chirurgia dell'anca, Ricostruzione, Sostituzione e Revisione, Verduci Editore, 2010.*
8. *Browne J. A., Sandberg B. F., D'Apuzzo M. R., Novicoff W. M. : The Journal of Arthroplasty "Depression Is*

Associated With Early Postoperative Outcomes Following Total Joint Arthroplasty: A Nationwide Database Study”, Department of Orthopaedic Surgery, University of Virginia, 2013.

9. *Pacault-Legendre V., Anract P., Mathieu M., Courpied J. P. : “Pain after total hip arthroplasty: a psychiatric point of view”, Service de Chirurgie Orthopédique, Hôpital Cochin AP-HP, Paris, France, 2007.*