

7 - MIDWIFERY PERIOPERATORIO - 2

1

**ASSISTENZA
POST OPERATORIA
OSTETRICA
DOTT.SSA LILIANA DI NICOLANTONIO**

FASE POST OPERATORIA

2

- ❑ Inizia con il risveglio della pz.
- ❑ Termina quando il processo di guarigione ha avuto luogo
- ❑ La durata perciò è variabile a seconda del tipo di intervento
- **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.

VALUTAZIONE CLINICA E MONITORAGGIO

3

- La gestione ottimale del paziente nel post-operatorio richiede una valutazione clinica ed un monitoraggio appropriati.
- 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 operatoria**

LA PRIMA VALUTAZIONE POST-OPERATORIA 1

4

Linea guida del Scottish Intercollegiate Guideline Network – N 77 – Postoperative management in adults – Agosto 2004. A

VERIFICARE L'ANAMNESI INTRAOPERATORIA E LE PRESCRIZIONI POST-OPERATORIE

- Anamnesi
- 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
- Suoni alla percussione

LA PRIMA VALUTAZIONE POST-OPERATORIA

2 parte

5

REALIZZARE UNA VALUTAZIONE COMPLETA DELLO STATUS CIRCOLATORIO

- Mani: colorito e temperatura
- Ritorno capillare (dopo digitopressione il ripristino del colorito è < a 2 sec.?)
- Frequenza cardiaca, volume e ritmo polso
- Pressione arteriosa
- Pallore congiuntivale
- Colore e quantità di urina
- Drenaggi, perdite ematiche visibili

VALUTARE LO STATO MENTALE DELLA PERSONA

- Verificare che la persona sia sveglia ed orientata (AVPU)
- Se non orientata, valutare il livello confusionale tramite Abbreviated Mental Test
- Se non vigile, determinare lo stato di coscienza con Glasgow coma scale

REGISTRARE TUTTI I SINTOMI SIGNIFICATIVI

- Dispnea, dolore toracico
- Presenza di dolore e l'adeguatezza della terapia antalgica

CONFUSIONE POST OPERATORIA

6

- Sepsi
- Uso di farmaci sedativi
- Ipossiemia
- Ipercapnia
- Ipoglicemia
- Eventi neurologici acuti
- IMA
- Ritenzione urinaria
- Crisi di astinenza da droghe
- Encefalopatia epatica
- Alterazioni bioumorali

SCALA AVPU

7

A VIGILE	Il paziente è vigile, sveglio, 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.

ATM

Abbreviated mental test

8

Fase Post-Operatoria: VALUTAZIONE

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.

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

PUNTEGGIO TOTALE

GLASGOW COMA SCALE

9

Fase Post-Operatoria: VALUTAZIONE

GLASGOW COMA SCALE		
COMPORTAMENTO	RISPOSTA	PUNTEGGIO
Apertura degli occhi	Spontanea	4
	Al richiamo verbale	3
	Allo stimolo doloroso	2
	Occhi chiusi	1
Risposta verbale	Appropriata e coerente	5
	Confusa	4
	Pronuncia parole incoerenti	3
	Emette solo lamenti	2
	Nessuna risposta	1
Risposta motoria	Motilità volontaria ed esecuzione di ordini semplici	6
	Localizza lo stimolo doloroso e lo allontana	5
	Risposta in allontanamento allo stimolo doloroso	4
	Risposta in flessione finalistica	3
	Risposta in estensione	2
	Nessuna risposta	1

DEFINIRE MODALITA' ASSISTENZIALI APPROPRIATE

10

- Dopo la prima valutazione, la rilevazione e la documentazione delle eventuali problematiche del paziente, devono essere definite le modalità assistenziali appropriate.
- 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.

MONITORAGGIO

11



TEMPERATURA CORPOREA



FREQUENZA CARDIACA



PRESSIONE ARTERIOSA



FREQUENZA RESPIRATORIA



VALUTAZIONE DOLORE



DIURESIS



SATURAZIONE PERIFERICA

MONITORAGGIO PARAMETRI

12

- 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
 - 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)**
- La gestione del paziente nelle successive giornate, richiede la valutazione di routine dei parametri, fino alla dimissione.

RACCOMANDAZIONI

13

- La documentazione dei parametri vitali in grafica facilita la valutazione del loro andamento.
- 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.
- Devono essere presenti protocolli locali per:
 - il trattamento delle preesistenti patologie cardiovascolari e respiratorie;
 - il trattamento della nausea e vomito postoperatori.

MONITORAGGIO CARDIOVASCOLARE

14

- L'intervento stesso determina, un'alterazione dei parametri, come risposta allo stress, che permane anche in fase postoperatoria e che è modificata dalle tecniche anestesiolgiche
- Durante l'anestesia la frequenza cardiaca e la pressione sono mantenute nei range di normalità grazie all'intervento dell'anestesista, ma dal momento del risveglio questo controllo viene meno, per cui la frequenza cardiaca (FC) e la pressione arteriosa (PA) tendono a salire.

MONITORAGGIO CARDIOVASCOLARE

15

FC :

- 50 – 100 bpm. = nella norma
- < 50 bpm = bradicardia
- > 100 bpm = tachicardia

- FC < 50 bpm → ↓ Gittata Cardiaca = ↓ P.A.
- IPOVOLEMIA → TACHICARDIA = IPOTENSIONE (deficit di liquidi, emorragia)
- Tachicardia + elevata PA può essere la conseguenza del dolore e dell'ansia

CLASSIFICAZIONE DELLA P.A.

16

CATEGORIA	PRESSIONE SISTOLICA (mmHg)	PRESSIONE DIASTOLICA (mmHg)
Ottomale	< 120	< 80
Normale	120 - 129	80 - 84
Alta ma normale	130 - 139	85 - 89
IPERTENSIONE		
Stadio 1	140 - 159	90 - 99
Stadio 2	160 - 179	100 - 109
Stadio 3	180 - 209	110 - 119
Stadio 4	> 210	> 120

Sixth Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure

IPERTENSIONE POST OPERATORIA

17

- L'ipertensione postoperatoria si verifica frequentemente a causa di diversi fattori:
 - la risposta allo stress,
 - il dolore,
 - l'ansia,
 - il mancato proseguimento dell'abituale terapia antipertensiva.
- L'ipertensione postoperatoria è un sintomo da controllare con attenzione, specialmente se accompagnata da aumento della frequenza cardiaca, in quanto potenzialmente responsabile di:
 - sanguinamento,
 - Eventi cerebrovascolari
 - Ischemia cardiaca

IPOENSIONE POST OPERATORIA

18

- La presenza di IPOENSIONE si può riscontrare in presenza di valori di pressione sistolica inferiori a 100 mm Hg, o in relazione ad una diminuzione degli abituali valori pressori del 25%.
- relativamente frequente dopo l'intervento chirurgico, può essere connessa all'uso dei farmaci anestetici, all'anestesia epidurale o all'uso di oppioidi, oppure ad un **deficit della volemia**.

VALUTAZIONE DELL'IPOTENSIONE

19

IN PRESENZA DI IPOTENSIONE

Valutare se il pz.:	Chiamare il medico se il pz.:
È sveglio o facilmente risvegliabile	È assopito o non risvegliabile
Ha dolore	È sofferente
Aveva PA preoperatoria normale	Presenta ipotensione postoperatoria
È caldo	È freddo
È ben perfuso (riempimento capillare < 2 min.	Ha un tempo di riempimento capillare > 2 min.
Ha una frequenza cardiaca tra 50 e 100 b.m.	Ha una frequenza < 50 oppure > 100 b.m.
Ha una diuresi > a 0.5 ml/kg/h	È oligurico (diuresi < 0.5 ml/kg/h)
Vi sono segni di sanguinamento	Esistono segni di sanguinamento in atto a drenaggi, dalle ferite o presenza di ematomi

IPOTERMIA

20

- Può insorgere nei pz. sottoposti ad intervento chirurgico a causa di:
 - Termoregolazione compromessa
 - Camera operatoria fredda
 - Cavità corporee aperte
 - Somministrazione di liquidi e.v. non riscaldati

IPERTERMIA

21

- **MALIGNA:** da reazione ai farmaci anestetici.
 - Compare per lo più all'induzione dell'anestesia e comporta dei gravi squilibri emodinamici. Può comparire anche a 48 – 72 ore dopo l'intervento e se non è identificata tempestivamente può essere letale
 - Da reazione emotrasfusionale
 - Segno di possibile infezione
- INTERVENTI:**
- Scoprire il pz.
 - Ispezionare la ferita, il sito di inserzione cateterino endovenoso
 - Apparato urinario
 - Rilevare temperatura corpore
 - Emocromo (conta dei globuli bianchi)
 - Esami culturali

MONITORAGGIO RESPIRATORIO

22

- Le complicanze polmonari sono una causa importante e comune di morbilità e mortalità postoperatoria e sono particolarmente frequenti dopo la chirurgia maggiore addominale e toracica.
- Il riconoscere precocemente l'insorgenza di complicanze respiratorie, l'attuare tempestivamente gli interventi appropriati, può migliorare gli outcome.
- Al contrario, il mancato riconoscimento di complicanze polmonari può portare ad un rapido deterioramento che può condurre alla morte.

FATTORI DI RISCHIO PER COMPLICANZE RESPIRATORIE

23

- Durata anestesia
- Intubazione naso gastrica
- ASA >2
- Età > 59
- Indice di massa corporea > 25 kg/m²
- Recente perdita di peso
- Stato di fumatore nelle ultime settimane
- Stato di abuso alcolico
- Uso per lungo tempo di corticosteroidi
- Incisione della parete add. Sup.
- Bronchite cronica
- Patologia oncologica
- Ictus
- Aumento dell'uricemia
- Trasfusione
- Chirurgia d'urgenza o emergenza
- Pressione ventilatoria positiva intermittente per più di un giorno
- Funzionalità cognitiva alterata
- Degenza preoperatoria > a 4 gg.

Monitoraggio respiratorio

VALUTARE

24

- P.A.
- Frequenza e ritmo cardiaco
- La saturazione dell'ossigeno (97 – 99%)
- PVC (se presente CVC – nella norma fra 5 – 12 cm H₂O)
- Presenza di edemi periferici
- Presenza di rumori respiratori
- Dispnea
- L'utilizzo dei muscoli accessori
- Colorito e temperatura cute
- Diuresi
- Dolore toracico costrittivo
- Il riflesso della tosse
- Fattori di rischio

Monitoraggio respiratorio

COLORITO CUTE

25

ROSEO	normale
ROSSO	Ipertermia, vasodilatazione farmacologica, reazione allergica
CIANOTICO	Difficoltà ad eliminare l'anidride carbonica (problemi respiratori o cardiovascolari)
PALLIDO	Intensa vasocostrizione, emorragia
ITTERICO	Disfunzione epatica o delle vie biliari
RUSH, PETECCHIE	Sensibilità o allergia a farmaci, patologie della coagulazione (DIC)

MONITORAGGIO RESPIRATORIO

26

- **FiO₂** = concentrazione percentuale di ossigeno nell'aria inspirata. È indicata in % o in l/minuto.
- **SpO₂** = Saturazione di ossigeno misurata mediante ossimetro. Il valore normale è costituito da concentrazioni superiori al 90%; quando il suo valore scende al di sotto dell'85% siamo in presenza di ipossia
- **PaO₂** = Pressione parziale di ossigeno nel sangue arterioso. Il suo valore normale varia tra 80 e 100 mm Hg.

INTERVENTI

27

- Ossigeno terapia (sondino nasale, maschera)
- Aerosolterapia (fluidificanti, broncodilatatori, corticosteroidi)
- Corretta postura
- Esercizi di respirazione profonda
- Deambulazione precoce

INTERVENTI

28

Funzione Respiratoria

Giornata 0:

F.R. ogni 3 ore

Saturazione O₂ ogni 3 ore

Eventuale O₂ terapia

Posizione Fowler

POSIZIONE DI FOWLER

Il paziente giace in posizione seduta, con il dorso sollevato con un angolo dal piano del letto di circa 80-90°. Viene definita anche posizione ortotonica.



INTERVENTI

29

Giornata 1[^]

Ginnastica respiratoria -
Triflow

Soprattutto in donne di
età > 65 anni e
fumatrici



OSSIGENOTERAPIA

30

- L'ossigenoterapia deve essere utilizzata nei pazienti ad alto rischio di complicanze postoperatorie o che hanno ipossiemia a seguito di intervento chirurgico ($SpO_2 < 92\%$).
- Si ritiene che l'ipossia lieve non determini conseguenze cliniche, tuttavia, dato che il livello soglia di ipossiemia, in grado di causare effetti collaterali, è diverso da persona a persona, tutti i pazienti devono ricevere ossigeno nell'immediato periodo postoperatorio.

BILANCIO IDRICO

31

- Dopo un intervento chirurgico la capacità di eliminare i liquidi risulta ridotta. Il loro accumulo, specialmente a livello polmonare, può portare all'EDEMA POLMONARE
- Il bilancio idrico nel periodo postoperatorio deve essere controllato con precisione, al fine di evitare eccessivi accumuli di liquidi.
- Il rapporto ottimale fra liquidi assunti e liquidi eliminati mediamente è 30 – 40 ml/kg/die
- Il fabbisogno può essere aumentato sino a 150 ml/kg/die per stress chirurgico, diarrea, ustione, sepsi

SHOCK

32

- E' una complicanza precoce ma può comparire anche dopo alcuni giorni dopo l'intervento chirurgico
- Può comportare la morte
- SINTOMI:
 - Ipotensione (sistolica < 80 mmHg)
 - Sudorazione fredda e pallore
 - Polso debole e filiforme
 - Tachicardia
 - Tachipnea
 - Ansia, agitazione, confusione mentale
 - Riduzione della diuresi

SHOCK

33

- **INTERVENTI:**

- I° livello: decupito supino, su superficie rigida, con arti inferiori sollevati, paziente al caldo, controllo dell'emorragia se presente, ossigenoterapia, assistenza cardiorespiratoria (BLS)
- II° livello: incanulare una grossa vena, infondere rapidamente sol. Fis. clorurate e plasma expanders (Emagel)
- II° livello: monitoraggio PA, ECG continuo, PVC, diuresi oraria, temperatura e colore cutaneo, creatininemia, glicemia

SHOCK IPOVOLEMICO

34

- **SHOCK EMORRAGICO:**
 - Emorragia esterna attraverso il drenaggio
 - Emorragia interna
- **Disidratazione da perdita di liquidi in camera operatoria**
- **INTERVENTI:**
 - Reintegro di liquidi con plasma expanders
 - Valutazione dell'emocromo ed eventuali emotrasfusioni
 - Valutazione del bilancio idrico
 - Valutazione della coagulazione ed elettroliti

EMBOLIA POLMONARE

35

- Dispnea
- Tosse
- Emoftoe
- Tachicardia
- Stato ansioso, sensazione di morte imminente
- Confusione mentale, perdita di coscienza
- Dolore toracico
- Segni di shock (ipotensione, pallore, sudorazione fredda)
- D-Dimero elevato

INTERVENTI EMBOLIA POLMONARE

36

- Infusione continua Eparina
- Controllo PTT
- Morfina (sedazione dispnea, agitazione e dolore))
- O2 terapia
- Antibiotico terapia per prevenzione infezioni

MONITORAGGIO FUNZIONE URINARIA

37

- Difficoltà ad iniziare la minzione
- Il controllo della funzione urinaria deve avvenire entro 6 – 8 ore dall'anestesia
- Palpare ed ispezionare l'addome inferiore appena sopra la sinfisi pubica (presenza globo vescicale)
- Se presente catetere vescicale, verificarne il flusso e la qualità delle urine
- Stimolare minzione spontanea (mobilizzazione, applicazioni calde e /o fredde)
- Se non avviene la minzione spontanea entro 12 ore può essere necessario inserire un catetere estemporaneo
- Se presente CVP, rimuovere il più presto possibile (rischio infezioni)

MONITORAGGIO APPARATO GASTROENTERICO

38

- **GESTIONE DELLA NAUSEA:**
 - Aumentano il rischio di nausea il dolore, l'ipotensione e l'alimentazione
 - Bere dopo un intervento che non ha interessato il tratto gastrointestinale non aumenta l'incidenza di nausea e vomito
 - Sono più a rischio i soggetti anziani, sottoposti ad anestesia generale soprattutto se di lunga durata e con l'uso di oppioidi
 - I non fumatori

MONITORAGGIO APPARATO GASTROENTERICO

39

- **ALIMENTAZIONE:**

- Il piccolo intestino recupera le sue funzioni dopo 4 – 8 ore
- Se l'apparato intestinale non è stato interessato dall'intervento è possibile riprendere l'alimentazione dopo aver smaltito gli effetti dell'anestesia
- Per i pz. sottoposti a chirurgia intestinale, dopo interventi di elezione, nella maggior parte dei casi:
 - ✦ dieta liquida dalla 1° giornata
 - ✦ Dieta regolare entro le successive 24/48 ore

NUTRIZIONE ENTERALE

40

- Introduzione di nutrienti in soluzione acquosa (zuccheri, protidi, lipidi, Sali, vitamine) attraverso un SNG o nasodigiunale o attraverso gastrostomia o digiunostomia
- VALUTARE:
 - Tolleranza alla soluzione (diarrea)
 - Ischio di aspirazione
 - Modulare la velocità di infusione
 - Garantire il confort

NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE

41

- Introduzione di principi nutritivi (glucosio, aminoacidi, lipidi, elettroliti, vitamine, insulina) in acqua sterile attraverso un accesso venoso di grosso calibro
- Gestione asettica del circuito infusionale
- Accurata valutazione parametri metabolici, del bilancio idroelettrolitico, della glicemia

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL DOLORE

42

*Linee guida RNAO
Registered Nurses Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Project*

- I pazienti **hanno diritto** al miglior sollievo del dolore possibile.
- Il dolore è un'esperienza soggettiva, multidimensionale ed estremamente variabile per ognuno, indipendentemente dall'età o da bisogni speciali.
- Un'efficace valutazione e gestione del dolore ha uno scopo multidimensionale e richiede un intervento interdisciplinare coordinato

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL DOLORE

43

- Il dolore dovrebbe essere valutato e documentato in maniera regolare secondo il tipo e l'intensità, dopo avere iniziato il programma di trattamento, dopo ogni nuovo episodio riferito e ad ogni intervento farmacologico o non-farmacologico
- Il ***self-report*** è la primaria fonte di valutazione per persone con capacità linguistiche e cognitive integre.

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL DOLORE

- Il dolore dovrebbe essere rivalutato ogni volta che ne viene segnalato un nuovo episodio, quando aumenta d'intensità e quando non è alleviato dalle strategie precedentemente efficaci
- Un dolore inatteso, in particolare se improvviso o associato all'alterazione di segni vitali quali ipotensione, tachicardia, o febbre dovrebbe essere immediatamente valutato.

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL DOLORE

45

- Il dolore conseguente ad atto chirurgico dovrebbe essere anticipato e gli analgesici dovrebbero essere somministrati usando un programma che preservi la persona dall'aver esperienze dolorose.
- Un trattamento inadeguato del dolore acuto può ritardare il recupero dei pazienti dopo intervento chirurgico o trauma e può accelerare una generalizzata risposta simpatica che coinvolge il sistema polmonare e cardiovascolare

Gestione farmacologica del dolore

46

- **Garantire la selezione di analgesici individualizzati alle persone, prendendo in considerazione:**
 - il tipo di dolore (acuto o cronico, nocicettivo e/o neuropatico);
 - intensità del dolore;
 - potenziale tossicità degli analgesici (età, danno renale, malattia dell'ulcera peptica, trombocitopenia);
 - condizione generale della persona;
 - condizioni mediche simultanee;
 - risposta a farmaci attuali o precedenti;
 - costo per la persona e la famiglia;
 - contesto di cura.

Gestione farmacologica del dolore

47

- La via orale è la modalità preferita nel caso di dolore cronico e di dolore acuto in via di guarigione.
- Adattare la modalità di somministrazione alla situazione individuale del dolore e al contesto di cura.
- La somministrazione endovenosa è la via parenterale scelta dopo interventi maggiori, solitamente in bolo ed in infusione continua.
- La via intramuscolare non è raccomandata per gli adulti o neonati e bambini perché è dolorosa e non affidabile.

Gestione farmacologica del dolore

48

- La gestione farmacologica del dolore postoperatorio, di grado da lieve a moderato, comincia con acetaminofene o NSAIDS (FANS)
- Tuttavia, un dolore da moderato a severo dovrebbe essere trattato inizialmente con un analgesico oppioide.
- Acetaminofene o farmaci non-steroidi, antinfiammatori (NSAIDS) sono usati per il trattamento del dolore lieve e per i tipi specifici di dolore in qualità di analgesici adiuvanti, a meno che non siano controindicati.

Gestione farmacologica del dolore

- La meperidina (Demerol- Petidina) può essere usata nelle situazioni di dolore acuto per periodi molto brevi in individui, altrimenti in buona salute, che non hanno dimostrato di avere una reazione inusuale (es. rilascio locale d'istamina nel punto di infusione) o una risposta allergica ad altri oppioidi quali morfina o idromorfone.
- Se il dolore severo è previsto nelle 48 ore post-operatorie, può essere necessaria una somministrazione routinaria di oppioidi per quel periodo di tempo. Nel successivo decorso del postoperatorio, gli analgesici possono essere efficaci se dati quando “necessari” (al bisogno)

FARMACI NON OPPIOIDI

50

- FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI

- Analgesica
- Antinfiammatoria
- Antipiretica

VIA DI SOMMINISTRAZIONE :

- Endovenosa ad orario od infusione continua
- Orale ad orario

KETOPROFENE – KETOROLAC – NIMESULIDE -
DICLOFENAC

PARACETAMOLO

EFFETTI COLLATERALI FANS

51

- Azione gastrolesiva
- Azione antiaggregante
- Alterazione della funzione renale
- Reazioni asmatiche

OPPIOIDI

52

- Sono farmaci efficaci nel controllo del dolore nocicettivo in particolare nella componente viscerale e somatica profonda
- Morfina
- Sufentanil
- Fentanyl
- tramadolo

EFFETTI COLLATERALI OPPIOIDI

53

- **DEPRESSIONE RESPIRATORIA IMMEDIATA E TARDIVA**
 - Somministrare ossigeno
 - Somministrare Naloxone (Narcan)
- **NAUSEA E VOMITO**
- **PRURITO**
- **STIPSI**
- **RITENZIONE URINARIA**

MONITORAGGIO

54

- Monitorare le persone che assumono oppioidi e che sono a rischio di sicurezza e di efficacia per la depressione respiratoria
- gli oppioidi usati per le persone senza dolore, o in dosi maggiori del necessario per controllare il dolore, possono rallentare o bloccare il respiro.
- La depressione respiratoria si sviluppa meno frequentemente in individui che fanno le loro dosi di oppioidi con una titolazione appropriata.
- Il rischio di depressione respiratoria aumenta con la somministrazione di oppioidi intravenosi o epidurali, con dose aumentata rapidamente o con danno renale.

MONITORAGGIO

55

- Accertare in tutte le persone che prendono oppioidi la presenza di **nausea e/o di vomito**, prestando particolare attenzione alla relazione tra sintomo e orario della somministrazione dell'analgésico
- Assicurarsi che alle persone che prendono analgesici oppioidi **si prescriva un antiemetico** da usare "al bisogno" insieme alla somministrazione routinaria, in caso di nausea e vomito persistenti.
- Stabilire delle misure profilattiche per il trattamento della **costipazione**, se non vi sono controindicazioni, e monitorare costantemente questo effetto secondario.