



# ANALISI PROBLEMI ASSISTENZIALI E PIANIFICAZIONE

Francesca Maria Perotto

II anno Canale B A.A.2017/18 II tirocinio I parte

OSPEDALE DI RIVOLI

REPARTO: UTIC (Unità di terapia intensiva cardiologica)

Tutor d'area: Prof.ssa Letizia Vola

Tutor di sede: Dott.ssa Daniela Fruscoloni

## QUADRO CLINICO:

Pazienti provenienti DEA o elettivi con sospetto di stenosi coronarica, ricoverati in UTIC dopo aver eseguito coronarografia o angioplastica

PROBLEMA	RILEVAZIONE PROBLEMA E POSSIBILI CAUSE		PIANIFICAZIONE		MODALITA' DI COLLABORAZIONE CON ALTRE FIGURE PROFESSIONALI
	OSSERVAZIONI PAZIENTE	STRUMENTI	OBIETTIVI GENERALI	INTERVENTI	
<p>Insorgenza di complicanze legate al posizionamento di bendaggio tradizionale o TR-band a livello dell'arto superiore radiale.</p> <p>Coinvolge di solito di pazienti sottoposti a coronarografia o angioplastica.</p> <p>I due tipi di presidi hanno la medesima funzione: facilitare l'emostasi del sito d'accesso chirurgico. Essendo l'accesso di tipo arterioso ed effettuato con un catetere di calibro piuttosto grande, vi è un rischio di</p>	<p>Osservazione di segni nella zona cutanea intorno al bendaggio associata o meno da sintomi riferiti dal paziente.</p>	<p>Gli strumenti principali sono: l'osservazione e la palpazione dirette e periodiche del sito, in modo da verificare eventuali variazioni dello stato della cute: colore, temperatura, consistenza e volume dell'arto (edema); alterazioni della sensibilità tattile ed eventuale presenza di dolore e riduzione della motricità.</p> <p>Alcuni dei presidi che possono essere eventualmente utilizzati sono: cuscini per porre l'arto in scarico e bende adesive per bloccare eventuali travasi o emorragie.</p>	<p>Prevenire e ridurre l'insorgenza di complicanze (ematomi, gonfiore, perdita di motilità e/o sensibilità, cianosi, emorragia), nelle successive 48 h dall'intervento a livello dell'arto superiore radiale.</p>	<p>L'intervento principale e più importante da fare è informare il paziente circa il bendaggio e i comportamenti da tenere durante la permanenza del presidio.</p> <p>Per evitare la formazione di ematomi o edemi l'arto viene lasciato in scarico poggiandolo su un piano che lo mantenga rialzato (cuscino); viene chiesto al paziente di evitare sforzi con l'arto interessato, aiutandosi con l'altro braccio in caso debba alzarsi o spostarsi, o eventualmente di chiedere l'intervento del personale.</p> <p>Raramente viene utilizzata la crioterapia per ridurre il dolore poiché altera e riduce la sensibilità dell'arto.</p> <p>Durante ogni visita medica il</p>	<p>Generalmente la gestione del paziente in questo tipo di post-operatorio e di questo presidio è lasciata quasi esclusivamente all'infermiere. Altre figure che intervengono, su richiesta, solo in casi più complessi o che mostrano la comparsa di alcuni tipi di complicanze sono: il cardiologo e il fisioterapista.</p>

<p>sanguinamento più elevato rispetto ad altre manovre (prelievi venosi ecc...); inoltre questi pazienti sono sottoposti a terapia anticoagulante o antiaggregante, pertanto hanno una riduzione delle capacità coagulative.</p> <p><b>BENDAGGIO TRADIZIONALE</b> Il bendaggio tradizionale è una medicazione compressiva, composta da tre strati di fascia elastica adesiva sovrapposti (Tensoplast), posizionati sul sito d'accesso dell'operazione.</p>	<p>Segni e sintomi</p> <p>Nel bendaggio tradizionale possono verificarsi due tipi di complicanze legate ad un posizionamento eccessivamente largo o stretto.</p> <p>Nel primo caso si può verificare uno stravasamento ematico sottocutaneo a valle o a monte del bendaggio e si possono osservare: arrossamento, aumento di temperatura dell'arto, ematoma, edema e perdite ematiche dal sito.</p> <p>Nel caso di posizionamento eccessivamente compressivo si possono avere conseguenze come: ipossiemia tissutale visibile attraverso cianosi, ipotermia dell'arto e perdita del polso</p>	<p>Per la rimozione del TR-band viene utilizzata una siringa graduata da 20 cc per l'aspirazione dell'aria.</p>		<p>cardiologo verifica la presenza di polso nell'arto interessato e successivamente la motilità e sensibilità.</p> <p>Nel posizionamento scorretto si possono verificare le seguenti complicanze e attuare i seguenti interventi.</p> <p>Nel caso in cui, durante la permanenza del b. tradizionale, dovesse comparire un ematoma a valle o a monte del bendaggio, si procede estendendo il presidio fin dove si presentano tracce di stravasamento ed edema in modo da comprimere la zona evitando che questi aumentino e facilitandone il riassorbimento.</p> <p>Nel caso in cui invece durante la rimozione del TR-band dovessero verificarsi dei sanguinamenti, ciò determinerebbe un allungamento del periodo di permanenza del presidio poiché la procedura deve essere nuovamente eseguita gonfiando il braccialetto, con anche il conseguente aumento del discomfort del paziente.</p> <p>La rimozione dei due dispositivi avviene in entrambi i casi gradualmente per evitare che una riduzione troppo repentina di pressione possa causare emorragia.</p> <p>La manovra di rimozione del b. tradizionale inizia dopo 4h dalla fine della procedura con la rimozione del primo strato; e a</p>	
--	---	---	--	---	--

<p>TR-BAND Il TR-band è un braccialetto in materiale plastico trasparente con al suo interno una camera d'aria che, se gonfiata a pressione positiva (con 16-18 cc d'aria), ha la funzione di comprimere il sito d'inserzione utilizzato per l'intervento. Il suo vantaggio principale è quello di essere trasparente così da permettere al personale di visionare facilmente la zona. La scelta del bendaggio (tradizionale o TR-band) è una mera scelta dell'operatore che lo posiziona.</p>	<p>radiale. Il paziente può avvertire sintomi come: forte dolore, formicolii all'arto e alle estremità delle dita; perdita della corretta motilità della mano (difficoltà nel chiuderla), perdita di sensibilità tattile e/o dolorifica.</p> <p>Con il TR-band le complicanze sono le stesse, inoltre se la camera d'aria non comprime in modo preciso il punto d'accesso, non svolge correttamente la sua funzione di emostasi e provoca facilmente sanguinamenti durante la rimozione.</p>			<p>intervalli di un'ora gli altri due strati.</p> <p>Nel TR-band lo sgonfiaggio inizia a 3h dal posizionamento, con l'aspirati lenta di 3cc d'aria; il procedimento viene ripetuto nelle successive ore aspirando 3cc/h. Salvo complicazioni, il braccialetto viene comunemente sgonfiato e rimosso a 6h dal posizionamento. Viene tenuto in osservazione per 1min dopo ogni singolo sgonfiaggio per verificare l'eventuale comparsa di sanguinamenti durante o al termine dell'aspirazione. Complicanza, questa, legata al mal-posizionamento del dispositivo e/o, più raramente a deficit coagulativi di natura iatrogena. In tal caso viene reimpressa dell'aria fin alla cessazione di questo. Entrambe le procedure sono seguite da una leggera disinfezione della cute con iodopovidone, e dal posizionamento di un cerotto che nelle ore successive viene controllato per verificare un'eventuale sanguinamento. In questo caso, se minimo, con una penna si segnala sul cerotto il perimetro della macchia e si continua a monitorare. Se è eccessivo o continuo si esegue una medicazione più compressiva con cerotti e garze.</p>	
--	--	--	--	---	--