

**PROTESIZZAZIONE  
ANCA E GINOCCHIO:**

**ASSISTENZA  
POSTOPERATORIA**

# Protesi elettiva / Protesi su frattura

- 3232 PTA operate tra il 1993 e il 2006

La mortalità a un mese dall'intervento è dello 0,08% in elettiva e dell' 1,15 % dopo frattura ( Comba et al., AAOS Annual Meeting 2009 )

- Nessun miglioramento degli outcomes maggiori negli ultimi 20 anni con una **mortalità complessiva ad un anno > del 25%** (Vestergaard et al. *J Am Geriatr Soc* 2007)
- **La frattura di femore sembra agire scompensando le comorbidità preesistenti** e di fatto il principale fattore di rischio per gli outcomes negativi è rappresentato dalla **“fragilità”** del paziente (Pioli et al. *Aging Clin Exp Res*. 2006)

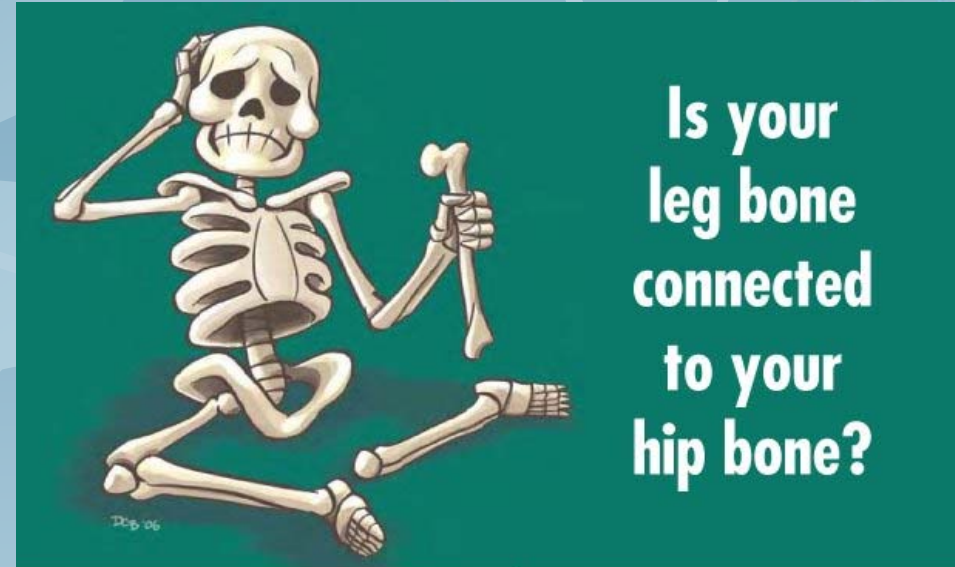
# STATISTICHE PROTESIZZAZIONE

163.000 INTERVENTI ALL'ANNO  
NEGLI ULTIMI 10 ANNI AUMENTO  
DEL 150% INTERVENTI  
SOSTITUZIONE PROTESICA ANCA E  
250% SOSTITUZIONE PROTESICA  
GINOCCHIO

( REGISTRO ITALIANO  
ARTROPROTESI )

# SCOPI DELL' INTERVENTO

- RISOLUZIONE DEL DOLORE
- MIGLIORAMENTO FUNZIONALITA'
- MIGLIORAMENTO QUALITA' DI VITA



Is your  
leg bone  
connected  
to your  
hip bone?

A cartoon illustration of a skeleton standing and pointing towards the text. The text 'Dop 06' is written in the bottom left corner of the illustration.

**Get connected**  
with Chelsea Orthopedic Specialists  
**(734) 475-4028**

From total joint replacement to patient education to rehabilitation, we offer comprehensive care in all areas of orthopedic medicine. Our specially trained surgeons and friendly, dedicated staff always take the time to listen to your concerns, answer your questions and help you get back to living your life.

For an appointment or more information, call (734) 475-4028 or visit [www.arthodoc.aaos.org/COS](http://www.arthodoc.aaos.org/COS).

**Greg Carpenter, M.D.**  
Total Joint Replacement and General Orthopedic Surgery

**William Lee, M.D.**  
Foot and Ankle Surgery and General Orthopedic Surgery

**B.J. Page, D.O.**  
Hand and Wrist Surgery and General Orthopedic Surgery

**Mark Pinot, M.D.**  
Sports Medicine and General Orthopedic Surgery

 Chelsea  
Community  
Hospital  
775 South Main Street  
Chelsea, Michigan 48118  
(734) 475-4028

PSRST STD  
U.S. POSTAGE  
**PAID**  
FMC  
33069

For bone and joint health,  
get connected with the surgeons  
at Chelsea Orthopedic Specialists.



# "LA NUOVA NORMALITA' "

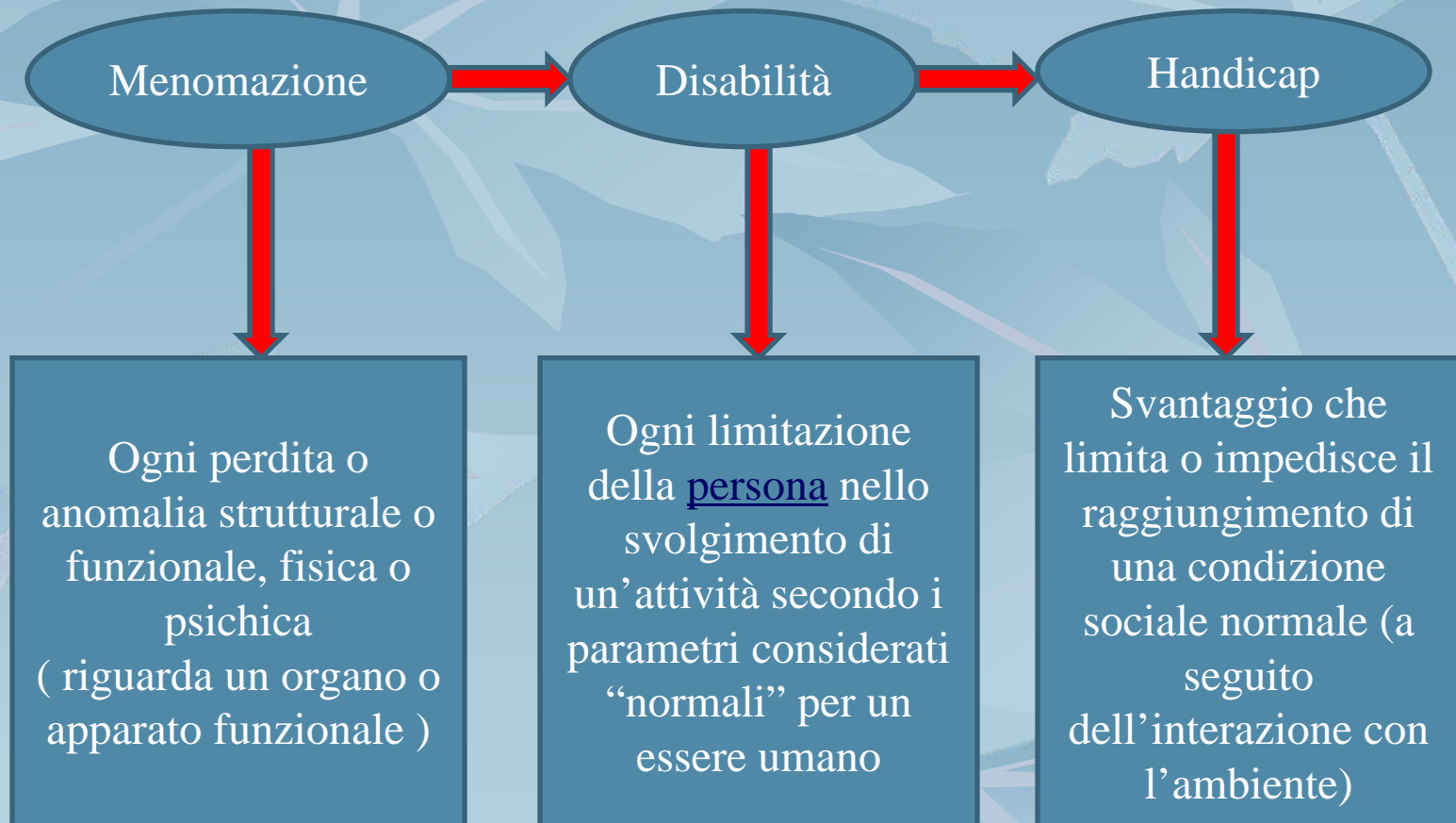
(Pipino, Sanguineti 1996)



Situazione funzionale, biomeccanica, strutturale e clinica "vicina" a quella fisiologica

# ICIDH ( 1980 )

( International Classification of Impairment,  
Disabilities and Handicaps )



# ICF ( 2001 )

## ( International Classification of Functioning, Disability and Health )

- Definisce e codifica tutte le componenti della salute degli individui partendo da una visione bio-psico-sociale e permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria autorealizzazione
- Disabilità definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra le condizioni di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui l'individuo vive ( menomazione, limitazione delle attività o restrizione della partecipazione )

Quaderni del Ministero della Salute N°8 ( marzo/aprile 2011 )  
" La centralità della persona in riabilitazione "

# INSUCCESSO

Situazione negativa nella quale l'intervento fallisce il risultato prefissato a causa di:

- errori di indicazione chirurgica
- errori di tecnica chirurgica
- errori di assistenza post-operatoria
- inadeguata riabilitazione post-chirurgica
- complicanze
- mancata collaborazione del paziente





# TEAM MULTIDISCIPLINARE

(struttura stabile e con regole condivise  
con obiettivo di dare al paziente il  
massimo livello di autonomia possibile)

- CHIRURGO
- INTERNISTA
- INFERMIERE e OSS
- FISIOTERAPISTA
- DIETISTA
- PAZIENTE ( ruolo centrale ) E FAMILIARI



# Team multidisciplinare

- Sono consigliate riunioni formali del team a cadenza periodica, almeno una volta alla settimana, per identificare i problemi attivi del paziente, porre gli obiettivi assistenziali e riabilitativi, registrare i progressi e pianificare la dimissione ( Linee guida SIGN 2009 )
- Tutti i membri del team devono conoscere gli obiettivi finali del progetto in cui deve essere coinvolto il paziente ( Linee guida SPREAD, 2005 )

# Team multidisciplinare

- Il valore del lavoro di gruppo è tale per cui il risultato finale è maggiore della somma dei singoli contributi portati da ciascuna figura professionale ( Gutenbrunner, 2007 )
- Programmi di recupero intensivi e precoci in cui vengono coinvolte molteplici figure professionali possono ottenere risultati migliori in termini di precocità di dimissione e di outcomes funzionali raggiunti (Larsen et al.,2008)

# Valutazione Pre-intervento

- Instaurare con il paziente un rapporto di fiducia indispensabile per un programma di lavoro futuro
- Conoscere la situazione anatomo-patologica pre operatoria
- Avere informazioni sul quadro della disabilità pregressa e la presenza di eventuali comorbilità
- Stabilire una diagnosi e una prognosi funzionale, selezionare l'intervento terapeutico e documentare cambiamenti dello stato del paziente
- Conoscere le sue ansie e le sue aspettative dandogli una previsione dei tempi di recupero
- Valutare l'esito dell'intervento (outcome) e garantire appropriatezza e adeguatezza del trattamento

# Valutazione Pre-intervento

## Multidimensionale

( approccio bio-psico-sociale )

- Livello clinico ( menomazione, comorbilità )
- Livello funzionale ( BADL, IADL )
- Livello psicologico ( tono umore, depressione )
- Livello sociale ( condizioni relazionali, situazione abitativa )
- Qualità di vita

# Scale di valutazione

- Livello clinico : Harris Hip Score, Oxford Hip Score, Knee Society Function Score, **Womac, Tinetti**
- Livello funzionale : IADL, BADL, ILOA, FIM, **Barthel**
- Qualità di vita : Sickness Impact Profile, **SF-36**, SF-12

**Scala di Valutazione delle ADL - Attività della vita quotidiana  
Indice di Barthel**

Paziente: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_ Data ing. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_ Data dim. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ATTIVITA'	Punteggio Ing.	Punteggio Dim.
<b>Alimentazione</b> 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
<b>Fare il bagno</b> 0= dipendente 5= indipendente		
<b>Igiene personale</b> 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
<b>Vestirsi</b> 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno met� del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
<b>Controllo del retto</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessit� di aiuto 10= continente		
<b>Controllo della vescica</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessit� di aiuto 10= continente		
<b>Trasferimenti nel bagno</b> 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
<b>Deambulazione</b> 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per pi� di 45 m, pu� usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
<b>Salire le scale</b> 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, pu� usare ausili		
<b>TOTALE ( 0 – 100 )</b>		

# Tinetti ( deambulazione )

## ANDATURA

10) <u>Inizio della deambulazione</u> (immediatamente dopo il via)	-una certa esitazione o più tentativi -nessuna esitazione	0 1
11) <u>Lunghezza ed altezza passo:</u>		
Piede dx.	-durante il passo il piede dx non supera il sx. -il piede dx. supera il sx.	0 1
	-il piede dx non si alza completamente dal pavimento -il piede dx. si alza completamente dal pavimento	0 1
Piede sx.	-durante il passo il piede sx non supera il dx. -il piede sx. supera il dx.	0 1
	-il piede sx non si alza completamente dal pavimento -il piede sx. si alza completamente dal pavimento	0 1
12) <u>Simmetria del passo:</u>	-il passo dx. e sx. non sembrano uguali -il passo dx. e sx. sembrano uguali	0 1
13) <u>Continuità del passo</u>	-interrotto o discontinuo -continuo	0 1
14) <u>Traiettoria:</u>	-marcata deviazione -lieve o modesta deviazione o uso di ausili -assenza di deviazione o di uso di ausili	0 1 2
15) <u>Tronco:</u>	-marcata oscillazione o uso di ausili -nessuna oscillazione, ma flessione di gambe, ginocchia, schiena, o allargamento delle braccia durante il cammino -nessuna oscillazione, flessione o uso di ausili	0 1 2
16) <u>Cammino:</u>	-i talloni sono separati -i talloni quasi si toccano durante il cammino	0 1

PUNTEGGIO \_\_\_\_/12





# PUNTI CRITICI

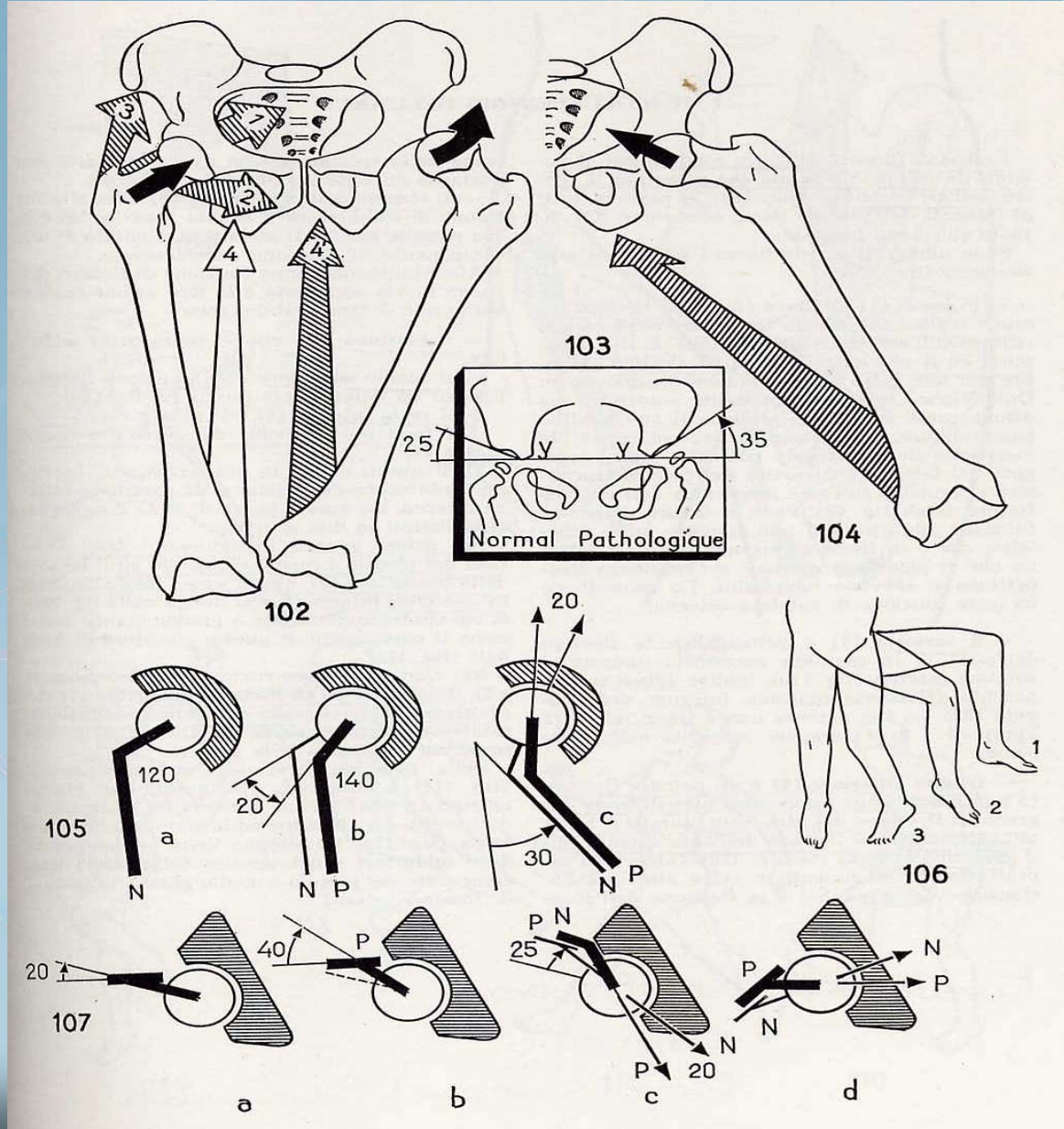
- LESIONI PARTI MOLLI E CAPSULA ARTICOLARE
- ABLAZIONE PROPRIOCETTORI

# Vie di accesso all'anca ( Artroprotesi )

- ANTEROLATERALE ( 0,70 % lussazioni )
- HARDINGE ( 0,43 % lussazioni )
- POSTEROLATERALE ( 1,01 / 3 % lussazioni )

L'accesso posterolaterale offre un miglior accesso all'articolazione dell'anca ma presenta un maggior tasso di lussazioni

# FATTORI MUSCOLARI E OSSEI CHE STABILIZZANO L'ANCA

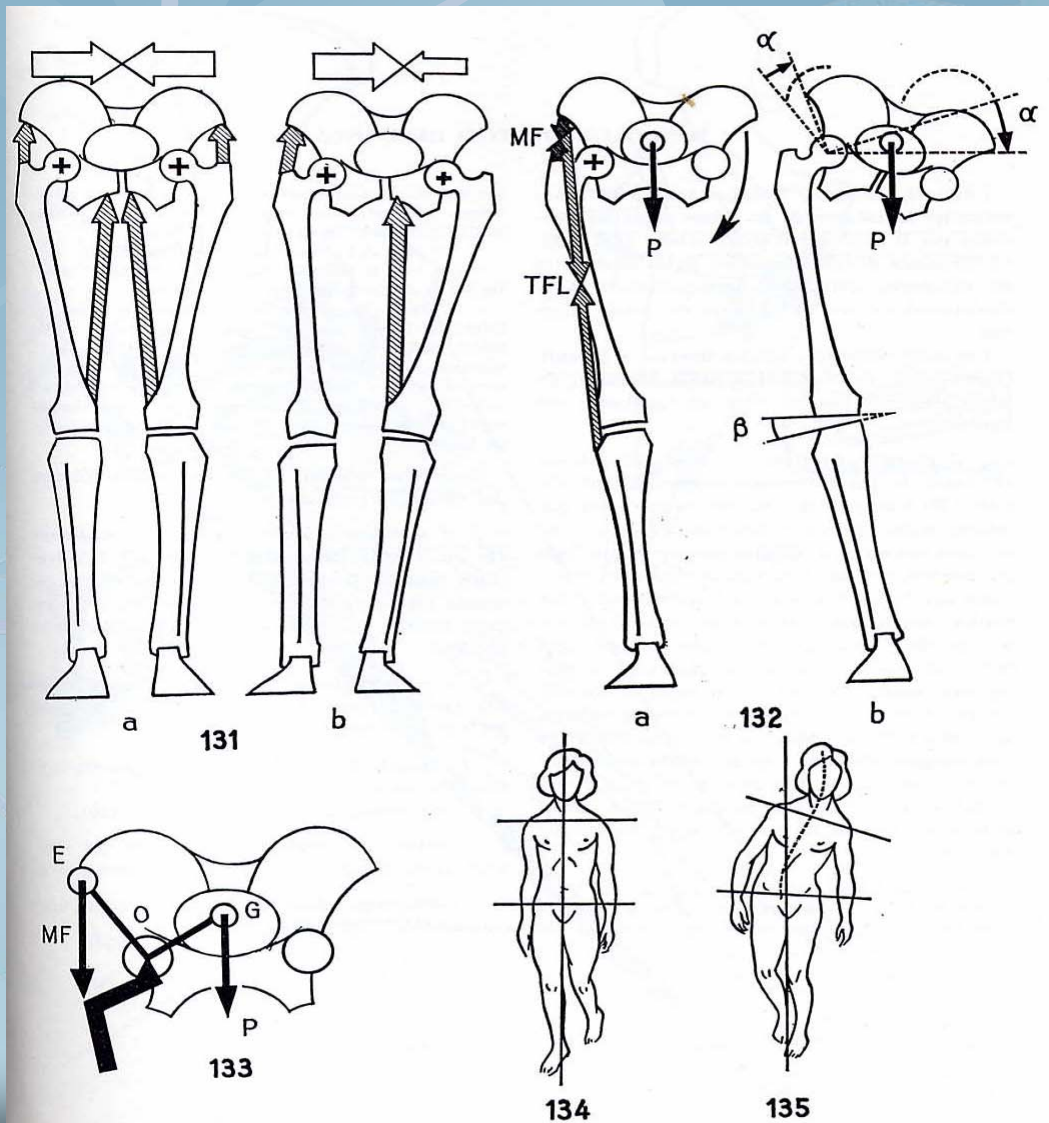


# Meccanismi di lussazione

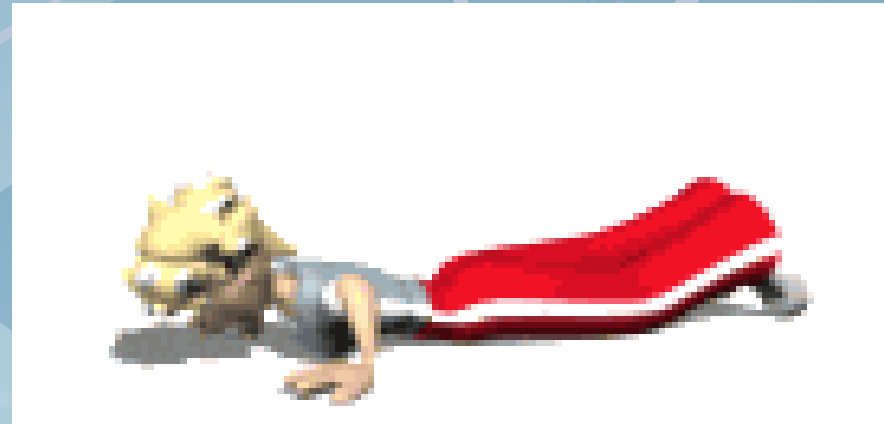
( 200 casi, 1998-2006, Mayo Clinic, Dr. Howard )

Meccanismi di lussazione	Percentuale
Alzarsi da posizione seduta	15%
Girarsi ruotando sull'arto operato in piedi	14%
Caduta	12%
Accucciarsi per raccogliere oggetti sul pavimento ( in piedi, seduti )	11/10%
Mettersi scarpe e calze, cura dei piedi	6%
Meccanismi iperestensione	6%
Girarsi/cambiare posizione a letto	6%

# L'EQUILIBRIO TRASVERSALE DEL BACINO

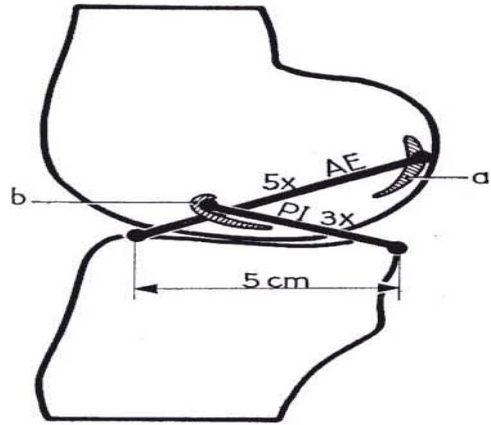


# ARTICOLAZIONE

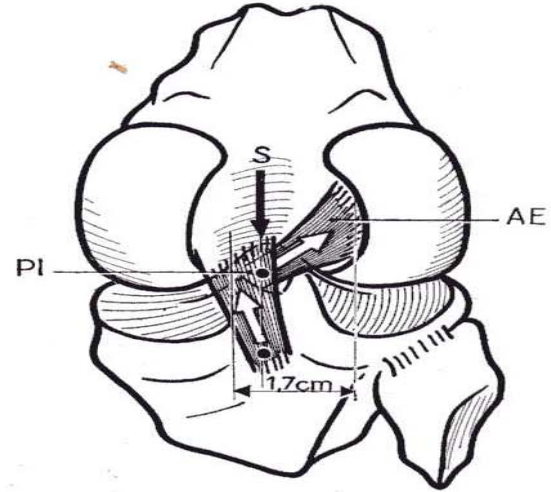


- NON E' UN DISPOSITIVO MECCANICO
- E' UN INSIEME DI ORGANI RICCO DI RECETTORI SENSORIALI PERIFERICI CHE ATTRAVERSO LA REGISTRAZIONE DI TRAZIONI,PRESSIONI,MODIFICAZIONI MECCANICHE,IRRITAZIONI DOLOROSE,SVOLGE UNA FUNZIONE CINETICA E CI RENDE COSCIENTI DELL'AMPIEZZA DEI MOVIMENTI E DELLA POSIZIONE ASSUNTA NELLO SPAZIO

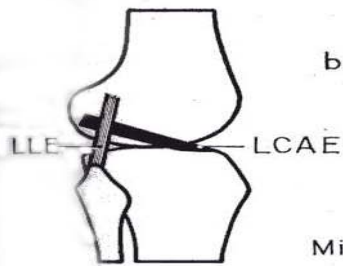
# SACRIFICIO LCP



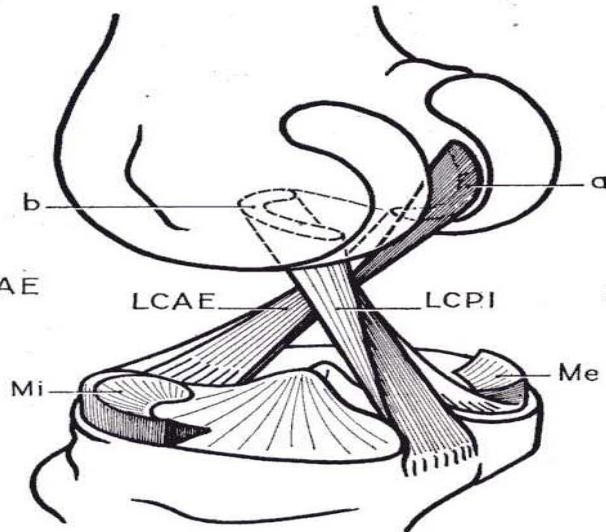
144



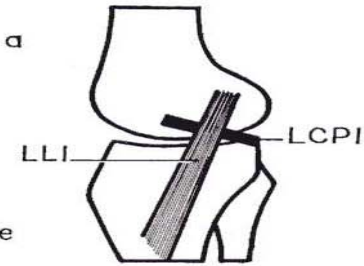
145



146



143



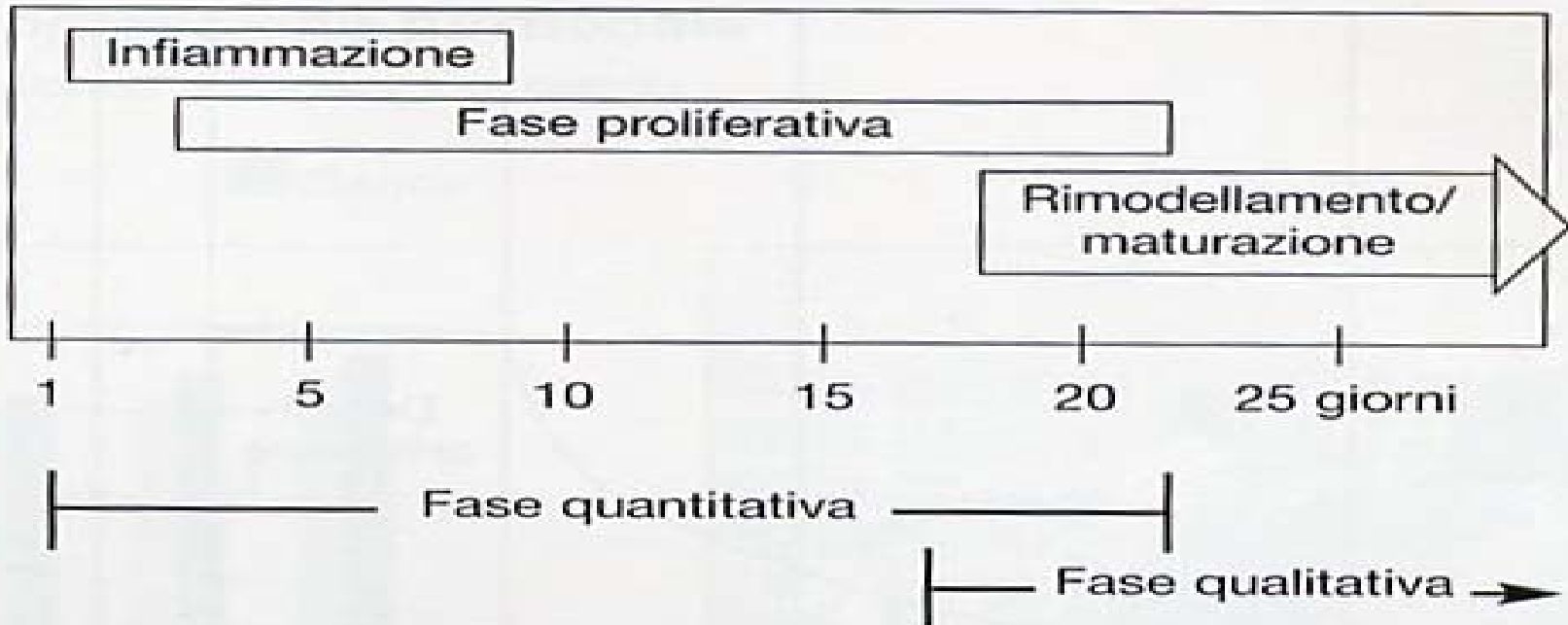
147

# TEMPI DI CICATRIZZAZIONE TESSUTI MOLLI

Fase infiammatoria (1°-7° giorno)

Fase proliferativa (7°-21° giorno)

Fase di maturazione/rimodellamento (dal 21° giorno)





# Fase infiammatoria ( 0-7 gg.)

( controllo del dolore e della reattività )

- Vasodilatazione dei vasi vicini alla lesione con fuoriuscita di essudato infiammatorio che ricopre la ferita con alta concentrazione di fibrinogeno
  - I globuli bianchi raggiungono la sede della lesione e iniziano il processo di fagocitosi di batteri e detriti
  - Neovascolarizzazione con formazione di capillari molto fragili
- ( calore, rossore, edema, dolore, compromissione funzionale )

# Obiettivi 0-7° giornata

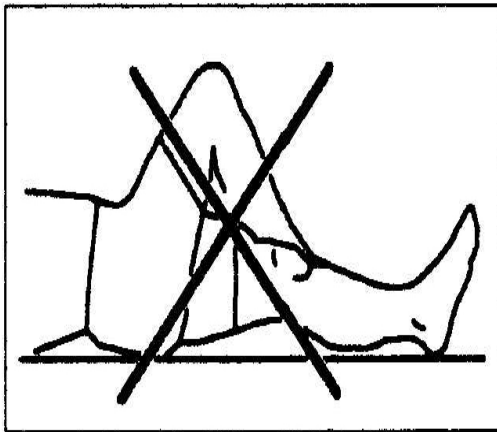
( specifici, misurabili, raggiungibili, realistici, temporizzati )

- Tutelare intervento chirurgico
- Controllare dolore, infiammazione, edema
- Ridurre al minimo gli effetti dell'immobilizzazione
- Recupero R.O.M. (0-90° anca, 0-75° ginocchio)
- Attivazione controllo neuromuscolare arto operato
- Autonomia nei passaggi posturali supino-seduto
- Impostazione dello schema del passo

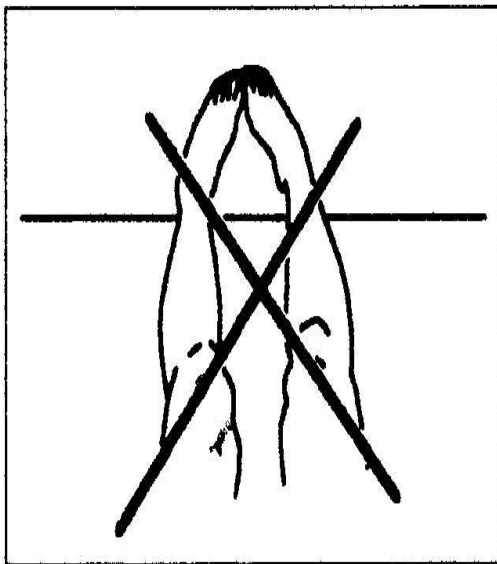
# POSIZIONAMENTO ARTO OPERATO

- Arto posizionato in leggera abduzione (divaricatore)
- Correggere l'extrarotazione prima della comparsa dell'edema
- Evitare la flessione dell'anca o del ginocchio operato ( posizioni antalgiche )
- Evitare l'intrarotazione
- Non incrociare le gambe ( PTA )
- Corretta posizione del comodino e del dispositivo di chiamata
- Posizionare un cuscino tra le ginocchia in decubito laterale ( PTA )
- Monitorare segni di sofferenza neurologica o circolatoria

Cosa **NON** fare stando a letto



**NON**  
incrociate  
le gambe!



**NON**  
ruotate le gambe  
verso l'interno



# PROFILASSI DELLA TROMBOSI

- UTILIZZO DI CALZE ELASTICHE, POMPA VENOSA PLANTARE O COMPRESSIONE PNEUMATICA INTERMITTENTE  
( LINEE GUIDA NICE 2010 / EBN SUDTIROL-ALTO ADIGE )
- MOBILIZZAZIONE PRECOCE NEL RISPETTO DEL DOLORE
- UTILIZZO KINETEC PER FAVORIRE IL RIASSORBIMENTO DEL VERSAMENTO PERIARTICOLARE

# Dolore postoperatorio ( nocicettivo )

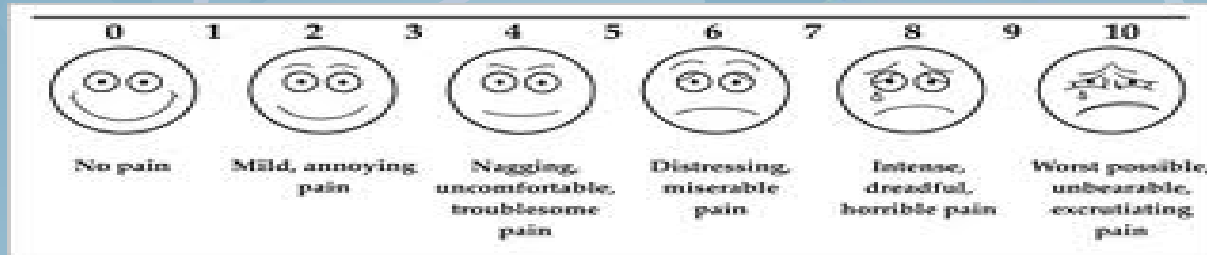
- Gli interventi chirurgici producono lesioni tissutali e sono fonte inevitabile di dolore (ANZCA,2005; ESRA,2005)
- Nella media, il sollievo dal dolore dopo PTA si verifica circa 7 giorni dopo l'intervento, mentre per la PTG si arriva anche a 50 giorni ( Salmon et al., 2001)
- Al momento dell'intervento le donne hanno livelli di dolore molto più elevati degli uomini e questo si riflette anche sull'outcome a breve termine

# PERCEZIONE ALGICA CONSEGUENZE

- immobilità
- processo di adattamento non adeguato
- ansia - stress.
- disfunzione del controllo motorio
- squilibri muscolari
- alterazione dello schema del passo
- posture scorrette
- maggiore possibilità di complicanze



# DOLORE: TRATTAMENTO POSTOPERATORIO



- Misurare il dolore nelle sue componenti di intensità, localizzazione, qualità, e indagare l'impatto della sintomatologia sulle funzioni (VHA, DoD 2002)
- Fornire al paziente ( in modo appropriato al livello socioculturale ) spiegazioni sull'evento patologico in atto e sui meccanismi del dolore ( Moseley et al., 2003 )
- Somministrare analgesici prima che il dolore diventi insopportabile
- PRICE ( Protezione, Riposo, Ghiaccio, Compressione, Elevazione )
- Ultrasuoni pulsati a bassa intensità ( 0,5 w/cm<sup>2</sup> ), Laserterapia , TENS



# GHIACCIO

- Ghiaccio utilizzato per 20/30 minuti ogni due ore
- Applicazione di 10 minuti in zone con tessuto sottocutaneo sottile o in aree con nervi periferici più superficiali
- Uso controindicato in caso di ipersensibilità al freddo, vasculopatia periferica, fenomeno di Raynaud e in caso di sospetta lesione nervosa



# COMPRESSIONE ED ELEVAZIONE

- Hanno l'obiettivo di controllare l'edema
- L'elevazione deve essere mantenuta oltre il piano del cuore
- L'estremità elevata deve essere adeguatamente supportata
- Evitare di passare dalla posizione di elevazione dell'estremità alla posizione sotto carico per evitare l'aumento dell'edema ( effetto rebound )

# Taping neuromuscolare

- Agisce a livello sensitivo, muscolare, linfatico e articolare.
- Usato con tecnica decompressiva allevia il dolore, migliora la vascolarizzazione, rimuove la congestione venosa e linfatica, normalizza la tensione muscolare.
- Usato con tecnica compressiva migliora la stabilità articolare e la prestazione muscolare



# Effetti immobilità prolungata

- Sistema cardiocircolatorio : lipotimie, stasi sangue venoso periferico, flebiti, tromboflebiti
- Sistema respiratorio : stasi secrezioni, infezioni polmonari
- Sistema urinario : incontinenza urinaria, infezioni
- Sistema gastrointestinale : movimenti intestinali rallentati, stipsi
- Sistema tegumentario : piaghe da decubito
- Sistema muscolo scheletrico : atrofia muscolare, contratture, rigidità , dolore , osteoporosi
- Diminuzione del metabolismo, minor sintesi di proteine, diminuzione forza muscolare
- Stati d'ansia, iperattività emotiva, perdita di autostima

# MOBILIZZAZIONE

- Un periodo di immobilizzazione, anche di sole 12 ore, determina cambiamenti significativi dell'immagine corporea e ricadute sul controllo motorio ( Moisélo,2007 )
- Mobilizzazione dalla 1° giornata postoperatoria nel rispetto dell'intervento chirurgico
- Riabilitazione e nursing devono essere tra loro complementari con collaborazione e confronto quotidiano su problemi e progressi del paziente

# RECUPERO MOBILITA' E CONTROLLO MOTORIO

- Il recupero del R.O.M. deve procedere gradualmente rispettando le diverse fasi del processo di guarigione
- Nelle prime fasi del percorso riabilitativo devono essere evitate manovre forzate o dolorose per non provocare danno al tessuto già lesionato
- Utilizzo Mobilizzazione Passiva Continua (CPM )

# KINETEC



- Diminuisce edema, aumenta R.O.M. ( 4,7 gg. in meno per raggiungere i 90° )
- Per i primi 2-3 giorni utilizzare basse velocità e una flessione massima di 40°
- Attenzione alle retrazioni in flessione
- Non riduce i tempi di degenza

# Recupero mobilità e controllo motorio

- Mobilizzazione attiva arto controlaterale (effetto positivo sul mantenimento dello schema corporeo)
- Mobilizzazione attiva dei distretti adiacenti all'intervento con effetto positivo su edema, dolore e attività dei macrofagi ( Shaw et al.,2005 )
- Mobilizzazione della rotula ( PTG ) con ferita stabile ( 3°-5° gg. )
- Esercizio isometrico submassimale a vari angoli articolari
- Esercizio isotonico senza dolore



# Recupero mobilità e controllo motorio

**LA FIGURA INFERMIERISTICA E' CON IL FISIOTERAPISTA IL PUNTO ESSENZIALE PER IL COLLEGAMENTO TRA LA STRUTTURA RIABILITATIVA E L'AMBIENTE DI VITA DEL PAZIENTE**

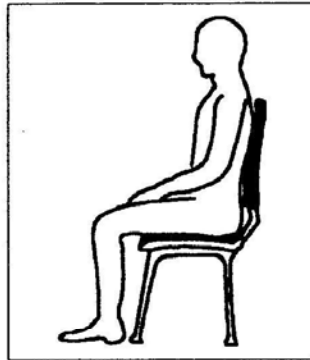
- Stimolare il paziente a cambiare posizione nel letto, e se possibile, stimolarlo ed aiutarlo a lasciare il letto.
- Va ricercata la massima collaborazione del paziente che non deve subire gli spostamenti ma partecipare ad essi nel modo più attivo possibile

- Far sedere il paziente sul bordo del letto senza cuscini
- Farlo sedere su una sedia o su una carrozzina di fronte ad un tavolo su cui appoggiare oggetti
- Accompagnarlo in bagno piuttosto che usare la padella
- Alzarlo per farlo mangiare a tavola

# COME STARE SEDUTI

- DECUBITO ASSISO IN PRIMA GIORNATA POSTOPERATORIA PER LE PROTESI D'ANCA
- DECUBITO ASSISO IN SECONDA GIORNATA PER LE PROTESI DI GINOCCHIO
- SOSTENERE L'ARTO OPERATO DURANTE I PASSAGGI POSTURALI FINO ALL'ACQUISIZIONE DI UN BUON CONTROLLO NEUROMOTORIO
- QUALSIASI POSIZIONE SEDUTA (SEDIA, POLTRONA, WC ) DEVE EVITARE UNA FLESSIONE DELL'ANCA SUPERIORE A 90° ( PTA )
- NON ACCAVALLARE LE GAMBE
- NON CHINARSI IN AVANTI PER RACCOGLIERE QUALCOSA O RIMBOCCARE LE COPERTE A LETTO ( PTA )
- PER ALZARSI NON FLETTERE IL BUSTO IN AVANTI ( PTA )
- PRIMA DI ESEGUIRE PASSAGGI POSTURALI CONTROLLARE FC, FR, TEMPERATURA, S<sub>a</sub>O<sub>2</sub>, EMATOCRITO ( > 20 ), INR ( SE > 3.0 CONSULTARE IL MEDICO ). OSSERVARE SEGNI E SINTOMI DI IPOTENSIONE

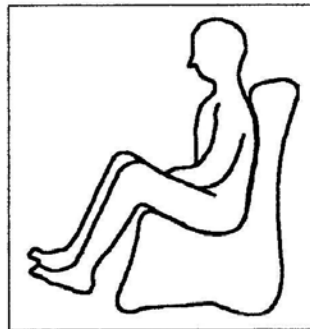
### Come stare seduti



**Qualsiasi posizione seduta (sedia, poltrona, WC) deve evitare un'angolazione dell'anca inferiore a 90°.**

**La sedia ideale dovrebbe avere anche i braccioli per facilitare il sedersi e l'alzarsi.**

### Come NON stare seduti



**Una posizione come quella illustrata a lato, dove l'altezza delle ginocchia è superiore a quella del bacino, è assolutamente da evitare.**

**ATTENZIONE a NON scivolare in bagno (utilizzare tappetini antiscivolo e installare maniglie di appoggio); presso negozi specializzati è possibile trovare sedili appositi da mettere nelle vasche da bagno, per facilitare la seduta.**

**SI CONSIGLIA l'utilizzo di una sedia o sgabello di plastica per stare seduti durante la doccia; un alza-water e bidè (da procurarsi presso negozi ortopedici) e maniglie d'appoggio sono altresì suggeriti.**

# CARICO

- CARICO CONCESSO DAL CHIRURGO IN BASE AL TIPO DI INTERVENTO ESEGUITO, A MODELLO DI PROTESI, AL SISTEMA DI ANCORAGGIO UTILIZZATO, ALLE CONDIZIONI DELL'OSSO E ALLE CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE
- SOLITAMENTE E' CONCESSO IL CARICO IN TERZA GIORNATA POSTOPERATORIA CON GIRELLO O CANADESI
- CARICO CON DUE STAMPELLE PER UN MESE, POI CON UNA STAMPELLA ( LATO SANO ) PER UN ULTERIORE MESE



•STAMPELLE REGOLATE AD ALTEZZA DEL GRAN TROCANTERE

•USARE SCARPE COMODE, CHIUSE CON VELCRO E SUOLA IN GOMMA

•CARICO EFFETTUATO SOTTO CONTROLLO DEL PERSONALE FINO ALL'ACQUISIZIONE DI UNA BUONA COORDINAZIONE NEUROMUSCOLARE DA PARTE DEL PAZIENTE



# Fase di proliferazione ( 3-21 gg. )

( ricondizionamento generale )

- I fibroblasti iniziano a sintetizzare tessuto cicatriziale collagenico a livello della sutura ( Reed et al., 1996 )
- Tra i nuovi filamenti di collagene si sviluppano legami intramolecolari e intermolecolari deboli ( riparazione e inizio riorganizzazione tissutale )

# Obiettivi 7°-21° giornata

- Controllo dolore, edema, infiammazione
- Recupero R.O.M. ( 0-90° ) e flessibilità
- Recupero del controllo motorio ( sistema neurologico di controllo, sistema attivo miofasciale, sistema passivo osteoarticolare )
- Incrementare forza e resistenza in preparazione alle attività funzionali
- Esecuzione passaggi posturali in autonomia
- Deambulazione autonoma con stampelle (almeno 30 m.)
- Salita e discesa delle scale (almeno 10 scalini)
- Recupero graduale A.D.L.
- Capacità di eseguire esercizi in autotrattamento e buona conoscenza delle restrizioni postoperatorie

# Codice 56



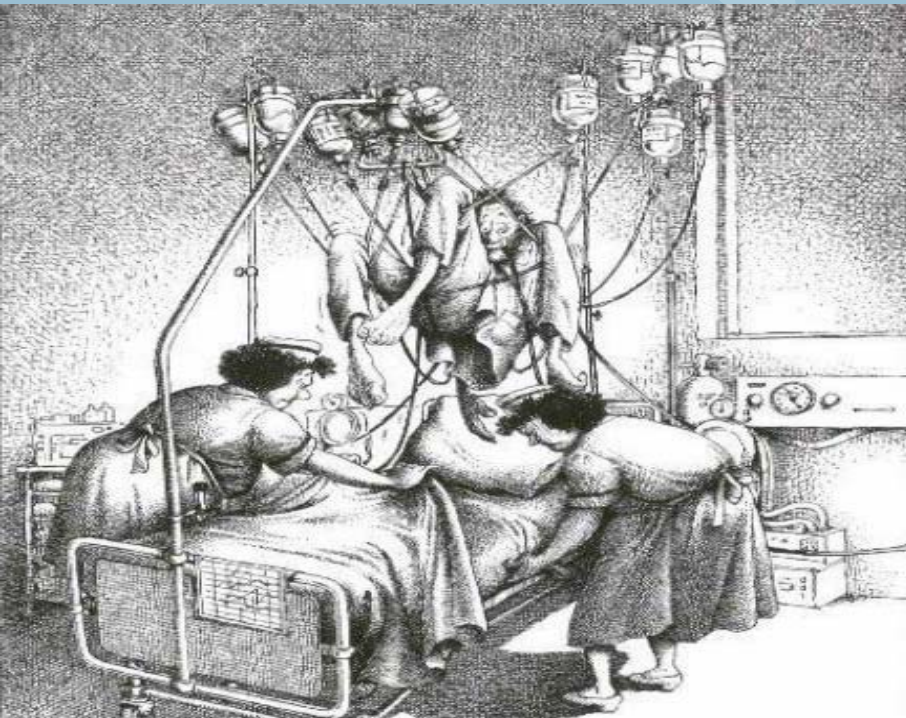
I pazienti ammissibili alla riabilitazione intensiva ospedaliera sono soggetti affetti da disabilità conseguenti a patologie per i quali sussistono condizioni di modificabilità riabilitativa intrinseca in presenza di instabilità clinica, pur non di tipo critico, che richiede un monitoraggio medico e infermieristico sull'arco delle 24 ore, e in cui l'azione riabilitativa utilizza competenze specifiche che garantiscono:

- l'inquadramento e il monitoraggio clinico;
- la presa in carico globale del paziente con il coinvolgimento del team multiprofessionale;
- l'esecuzione di valutazioni funzionali e strumentali mirate alla stesura di un progetto e di un programma riabilitativo personalizzato;
- la messa in atto della progettualità terapeutico-riabilitativa.



# Codice 56

- Indirizzo riabilitativo e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari e multiprofessionali intensi ( orientativamente 3 ore al giorno )



# Recupero ADL

- Un approccio multidisciplinare riabilitativo postoperatorio permette un miglioramento degli outcomes a breve termine, non tanto dal punto di vista del R.O.M. o della forza, ma principalmente delle capacità funzionali e delle autonomie del paziente ( Hagsten, 2004/ Morri et al.,2011)
- Il recupero precoce delle ADL in ambiente ospedaliero migliora il grado di autonomia nel rientro a domicilio; evita inoltre che la persona assuma un atteggiamento di passività e si prefiguri la fine di una vita indipendente ( Hagsten,2006 )

# Controllo motorio

- L'esercizio terapeutico dovrà contribuire a dare il giusto stimolo allenante al tessuto, adeguato alla caricabilità possibile in quella fase (modello multidimensionale di carico e caricabilità, MDCC)
- Recupero resistenza aerobica con aumento dei tempi di deambulazione
- Esercizi di rinforzo tronco ( core stability ) e arti inferiori con sedute giornaliere, bassi carichi, molte ripetizioni, movimento lento e controllato
- Evitare per le prime tre settimane elevazione AI a ginocchio esteso e esercizi di rinforzo abduttori ( PTA )
- Inserire esercizi in CCC quando possibile
- Recupero R.O.M., equilibrio, propiocezione, coordinazione

# Recupero ADL

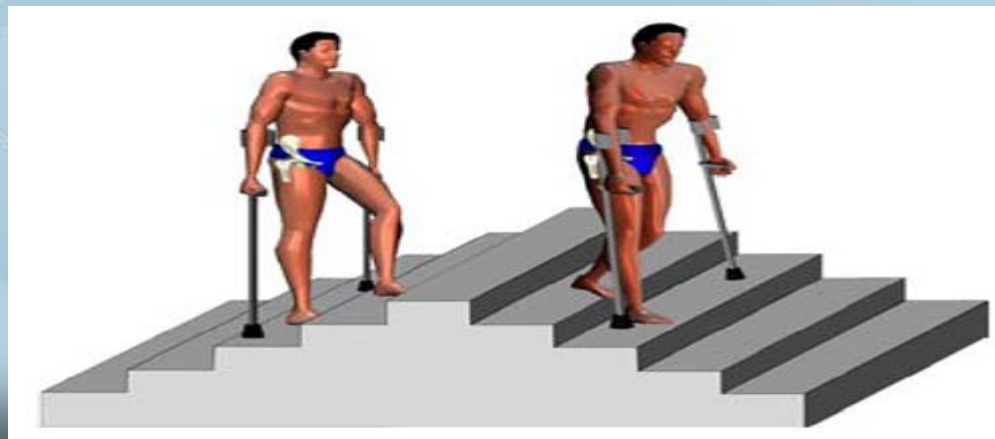
- L'infermiere valuta ed interviene sui bisogni dell'utente con funzioni di aiuto e integrazione, informazione ed educazione ( possibilità di affidare l'attività assistenziale ad operatori di supporto )

PERSONALE INFERMIERISTICO  
HA QUINDI TRA I SUOI  
COMPITI QUELLO DI  
ACCOMPAGNARE IL PAZIENTE  
NEL SUO PERCORSO VERSO  
L'AUTONOMIA CERCANDO DI  
COGLIERE LE DIFFICOLTA' CHE  
SI RISCOVTRANO NELLA VITA  
DI REPARTO.

IL REPARTO DOVREBBE ESSERE  
CONSIDERATO UN PO' COME LA  
PALESTRA DOVE ALLENARE LE  
ABILITA' ACQUISITE E  
SPERIMENTATE CON I TERAPISTI.

# SALIRE E SCENDERE LE SCALE

- **SALIRE:** prima la gamba non operata poi la gamba operata con le stampelle
- **SCENDERE:** prima le stampelle, poi la gamba operata, infine la gamba non operata
- Evitare l'esecuzione "normale" delle scale fino al termine della 2° fase ( si generano forze lussanti sulla testa del femore in PTA / Davy et al.,1988 )



# Fase di rimodellamento

( ricondizionamento specifico )

- Riorganizzazione delle fibre collagene. Inizia circa tre settimane dopo il trauma e continua per mesi o anni ( Woo et al., 2000 )
- Miglioramento delle proprietà biomeccaniche del tessuto in via di guarigione ( il tessuto di riparazione non riacquista le caratteristiche strutturali del tessuto prelesionale )

# Obiettivi 3° fase ( O.E.I. Castelletto )

- Recupero articolarietà, forza, propiocezione
- Recupero coordinazione, destrezza e abilità motoria
- Recupero BADL, IADL



# Catena Cinetica

Successione Attivazione Muscolare

- 7) M. Deltoide (spalla)
- 6) M. Erettore spinale
- 5) M. Grande Gluteo
- 4) M. Semitendinoso
- 3) M. Retto Femorale
- 2) Tensore Fascia Lata
- 1) Muscolo Soleo (polpaccio)



Zattara, JNNP 1988

# Abilità motoria

- Si passa dal controllo motorio del singolo distretto all'integrazione di vari distretti in esercizi finalizzati
- Impiego di carichi massimali, allenamento fisico specifico, PNF, educazione del paziente



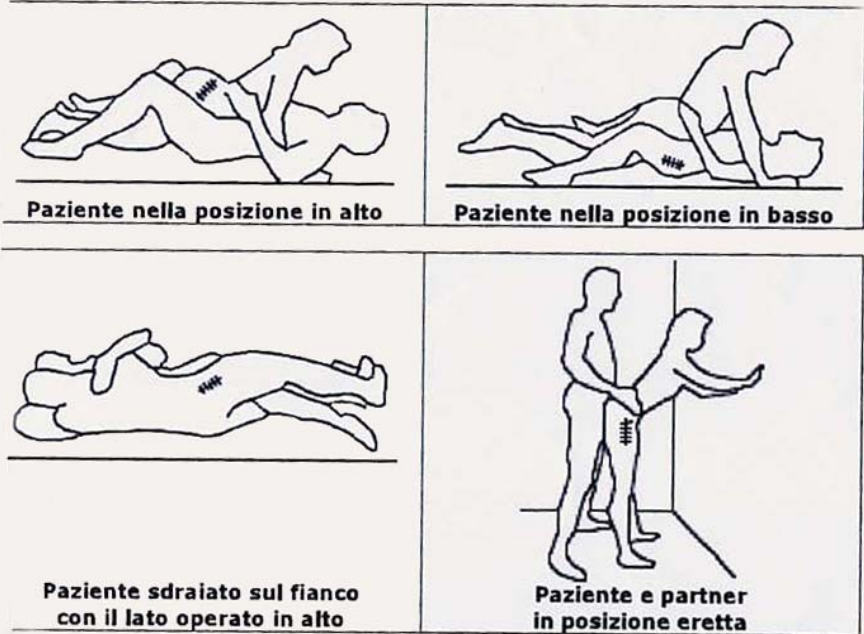
# Recupero BADL, IADL

- Restrizioni prolungate fino al 2°/3° mese postoperatorio ( PTA )
- Deambulazione senza ausili a 2/3 mesi dall'intervento ( a 2 anni velocità del passo ridotta del 15/25 % con deficit 8 % lunghezza del passo ; nella fase terminale del passo perdita 7/8 ° ROM con conseguenti compensi )
- Ritorno alla guida e al lavoro stabiliti dal chirurgo ( 4/6 mesi per tornare alle reazioni preoperatorie nella guida )
- Dopo l'intervento aumenta la partecipazione ad attività ricreative e sportive ( consigliati cammino, nuoto, bicicletta, ballo ; evitare corsa, tennis, sport ad alto impatto )

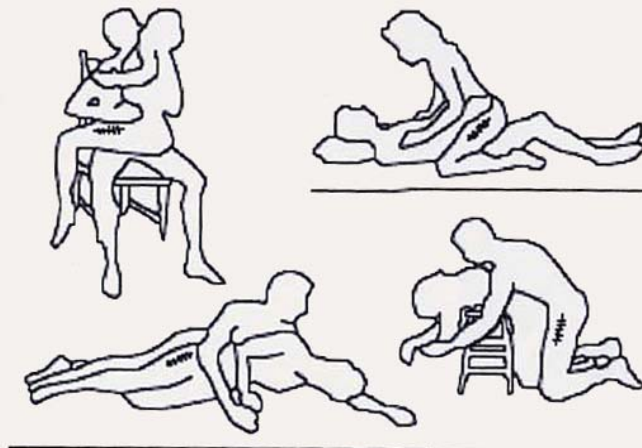
# Ripresa attività sessuale

- Ripresa nel 55% dei casi a 1-2 mesi dall'operazione (PTA)
- Esistono libri e opuscoli educativi ( Sex after total joint replacement / Whittington,2001 )

## Posizioni sessuali consentite



## Posizioni sessuali da evitare



# RIPROTESIZZAZIONE

- SCARSA QUALITA' TESSUTO OSSEO E MUSCOLARE
- MAGGIOR CAUTELA NELLA MOBILIZZAZIONE
- CARICO PARZIALE PER 2 / 3 SETTIMANE ( tempi di recupero più lunghi )



# PER ORA...

- 36 pazienti trattati in 4 mesi ( 9 maschi e 27 femmine ) con età media di 66,5 anni
- 20 protesi ginocchio, 11 protesi anca in elettiva, 2 protesi anca dopo frattura femore, 3 PFNA dopo frattura

## OUTCOMES RAGGIUNTI

- |   |        |
|---|--------|
| 1) Compiere passaggi posturali in autonomia       | 35 pz. |
| 2) Deambulare con stampelle per almeno 30 m.      | 34 pz. |
| 3) Effettuare salita/discesa scale ( 10 scalini ) | 32 pz. |
| 4) Eseguire esercizi in autotrattamento           | 34 pz. |
| 5) Raggiungimento articolari stabilita            | 30 pz. |

## PERCORSO RIABILITATIVO

26 paz. in ambulatorio ( 8 O.E.I. Castelletto ), 7 in autotrattamento, 2 A.D.I., 1 RSA

## QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

16 schede con valutazione ottimo, 12 con val. tra buono e ottimo

# Grazie

