



INFERMIERISTICA IN AREA CHIRURGICA

Docente
Panicucci Luciana
AA 2022/23



CHIRURGIA

BRANCA DELLA MEDICINA CHE ELIMINA
LE CAUSE DI MALATTIA O LESIONI MEDIANTE
TECNICHE DI INCISIONE, DEMOLIZIONE,
RICOSTRUZIONE DI ORGANI O TESSUTI

DAL GRECO **CHEIROURGHIA**

CHEIROS **MANO**

ERGON **OPERA**





CHIRURGIA D'URGENZA

Urgenza assoluta

Urgenza differibile



CHIRURGIA D'ELEZIONE

**Stabilire la tattica
da seguire**

**Correggere eventuali
condizioni morbose**

**Mettere in evidenza
eventuali
controindicazioni**



OBIETTIVI CHE SI PONE L' INFERMIERE CHE OPERA IN AREA CHIRURGICA

- Collaborare negli accertamenti diagnostici al fine di identificare la patologia che necessita del trattamento chirurgico
- Preparare il paziente all' intervento chirurgico affinché vi giunga nelle condizioni migliori per supportarlo e superarlo



- Assicurare assistenza al paziente in relazione al tipo di intervento chirurgico che deve affrontare
- Assicurare assistenza al paziente durante l' intervento chirurgico, fino al risveglio
- Assicurare assistenza al paziente nel decorso postoperatorio fino alla dimissione



CHIRURGIA

DIAGNOSTICA : es. biopsia

ESPLORATIVA : permette di avvalorare un sospetto diagnostico; es. stabilire la fonte di una emorragia.

RADICALE : interventi atti a guarire definitivamente la condizione morbosa



PALLIATIVA

Ha lo scopo di risolvere una situazione che pone in pericolo di vita la persona. Adotta tecniche semplici, il meno traumatiche possibili.



PALLIATIVO TEMPORANEO

L' intervento urgente, eseguito come provvedimento provvisorio necessario per risolvere lo stato patologico che pone il paziente in immediato pericolo di vita, con l' intenzione di rinviare l' intervento radicale in secondo tempo a condizioni generali o locali migliorate



PALLIATIVO DEFINITIVO

Intervento effettuato in caso di inoperabilità, è già prevista l'impossibilità  eseguire poi un secondo intervento radicale, il provvedimento è destinato a rimanere permanente.



TECNICHE CHIRURGICHE

- **PESSIE** consiste nel riportare e fissare in sede un viscere, che, per alterazioni anatomiche degli elementi legamentosi che lo sostengono tendono a spostarsi dalla posizione naturale.

- **STOMIE** consistono nell'abboccare nella parete addominale un tratto di un viscere cavo, confezionando, lungo il suo decorso, un'apertura artificiale, onde scaricare all'esterno il materiale escreto, oppure per introdurre sostanze nutritive.



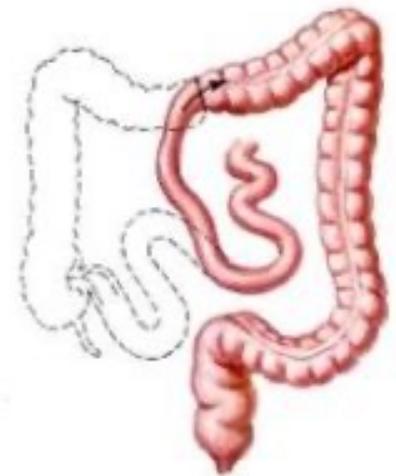


- **RESEZIONI** si tratta dell' asportazione di una porzione di organo o viscere.

In genere comprende due fasi:

- ✓ **Fase demolitiva** durante la quale viene asportata la parte di organo leso
- ✓ **Fase ricostruttiva** con la quale viene ristabilita la continuità naturale del viscere, ai fini di una ripresa funzionale del sistema

● **ANASTOMOSI** si intende una comunicazione artificiale tra due visceri cavi.





- **ECTOMIE** asportazione completa di un organo o viscere
- **PLASTICHE** procedimento che tende alla ricostruzione di una porzione anatomica, funzionalmente insufficiente o addirittura mancante.
- **MARSUPIALIZZAZIONE** procedimento attraverso il quale la parete di una formazione cistica, che non può essere asportata, viene ampiamente aperta verso l'esterno, fissandone i margini a quelli di una incisione della parete addominale, che, rimanendo beante, permette lo svuotamento della cavità cistica e la graduale oblitterazione, da parte di tessuto di granulazione, con guarigione per seconda intenzione

LAPAROTOMIA

Apertura chirurgica della cavità addominale

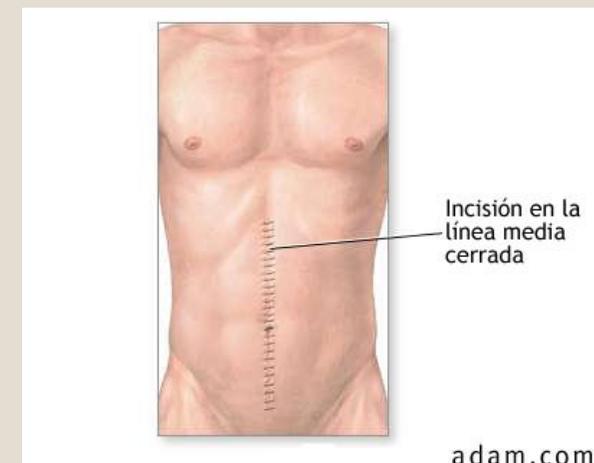


È la via di accesso a tutti gli organi contenuti nella cavità addominale, intra-peritoneali ed extra-peritoneali.

Può interessare la parete anteriore dell' addome, oppure quella lombare.

Le laparotomie vengono distinte in base alla DIREZIONE dell' incisione ed alla REGIONE interessata

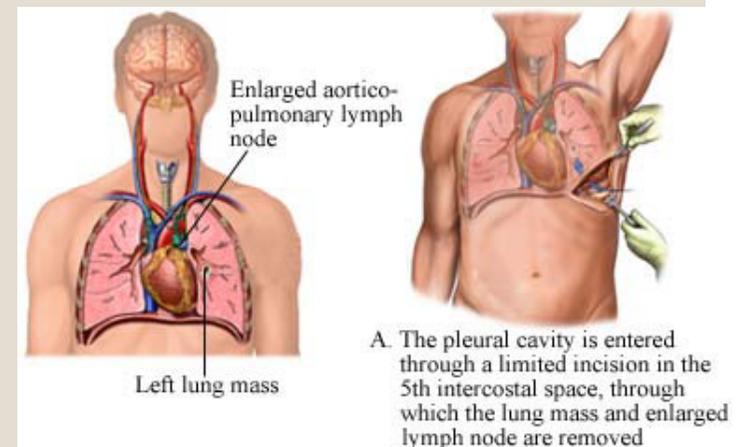
- **Laparotomie longitudinali**
- **Laparotomie oblique**
- **Laparotomie trasversali**
- **Laparotomie lombari**



TORACOTOMIA

Apertura chirurgica della cavità toracica

Può essere associata ad una laparotomia per effettuare interventi chirurgici che prevedono l'esecuzione di tecniche miste su organi situati sia sull'addome che nel torace





Chirurgia videolaparoscopica

- La **video-laparo-chirurgia (VLC)**, nota come **laparoscopia**, dal greco *lapára*, "addome", o anche come **celioscopia**, è una tecnica chirurgica che prevede l'esecuzione di un intervento chirurgico addominale senza apertura della parete, ed è una branca della video-chirurgia; nasce ufficialmente nel 1987 per merito di Philippe Mouret, chirurgo generale di Lione
- Basata sul principio di accesso alla cavità addominale mediante piccole incisioni attraverso le quali vengono inserite una videocamera a tecnologia digitale capace di proiettare immagini su un monitor
- Avvalersi di sottili strumenti per eseguire l'intervento chirurgico

Dalla laparatomia alla videolaparatomia



Vantaggi della chirurgia laparoscopica:

- Riduzione del trauma chirurgico
- Miglior recupero post-operatorio
- Precoce recupero alle attività lavorative
- Minimi costi per il recupero e riabilitazione
- Minor incidenza di complicanze legate alle infezioni (breve termine) ed ernie (lungo termine)



Chirurgia robotica

- Evoluzione più recente della chirurgia mini-invasiva, il chirurgo lavora lontano dal paziente ad una consolle dotata di un monitor a visione tridimensionale
- La consolle è dotata di un complesso sistema di comandi attraverso i quali i movimenti delle mani vengono traslati sulle braccia robotiche
- Alle braccia robotiche sono fissati una videocamera digitale e sottili strumenti chirurgici che sono inseriti in cavità addominale attraverso piccole incisioni, analoghe a quelle della chirurgia laparoscopica



Il Robot «da Vinci»



Sistema di classificazione rischio anestesiologicalo

American Society of Anesthesiology

- **ASA I** Paziente normalmente sano

Esempi: assenza di anomalie sistemiche, infezioni localizzate senza febbre, tumore benigno, ernia

- **ASA II** Paziente con leggera malattia sistemica

Esempi: ipertensione arteriosa ben controllata, diabete mellito ben controllato, obesità, bronchite cronica, età superiore a 80 anni

- **ASA III** Paziente con grave malattia sistemica non invalidante

Esempi: malattia grave, scompenso cardiaco ben compensato, IM più di 6 anni prima, angina pectoris, aritmia grave, cirrosi diabete ipertensione scarsamente controllati

Sistema di classificazione rischio anestesiologicalo American Society of Anesthesiology

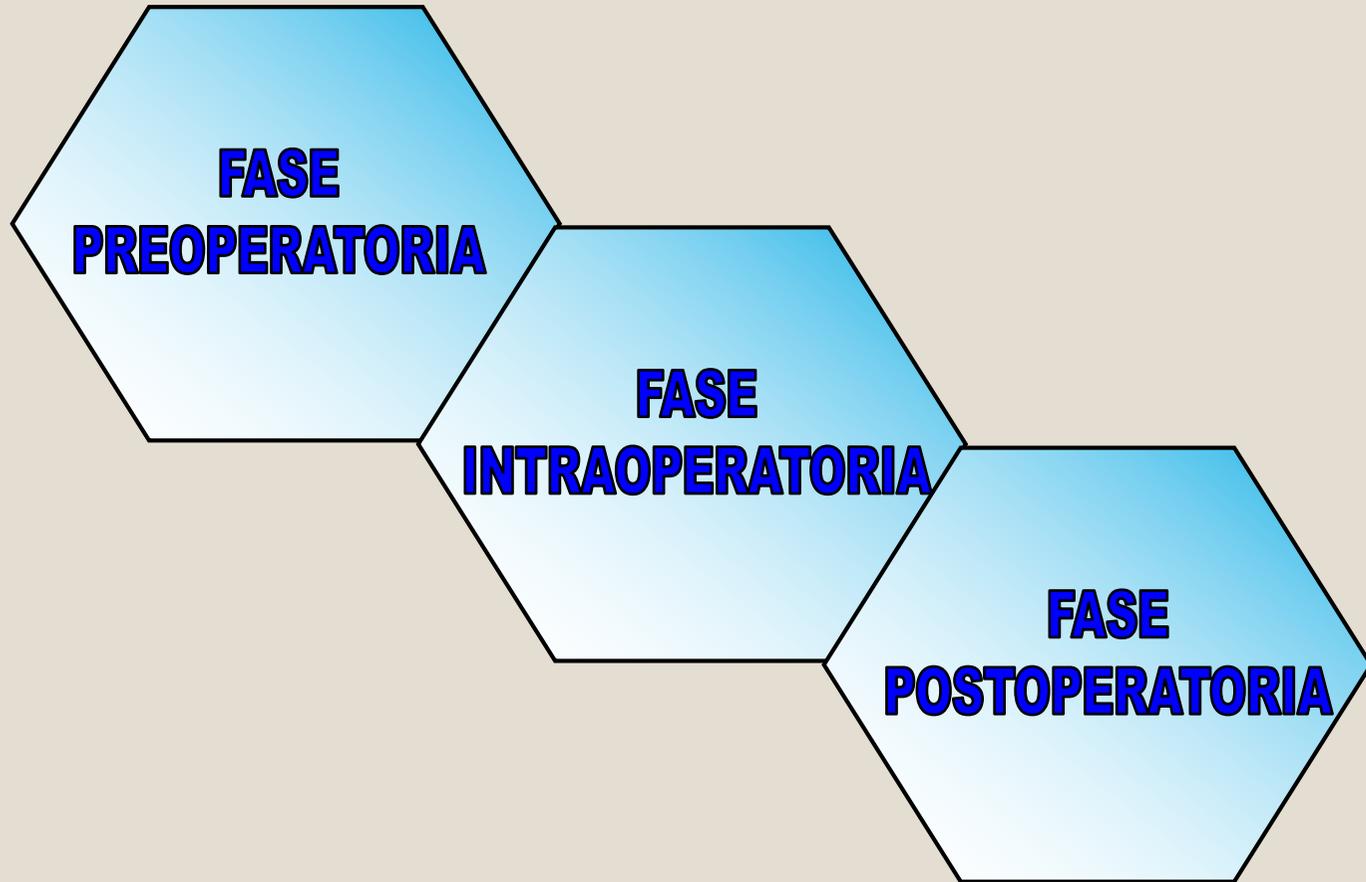
- **ASA IV** Paziente con malattia sistemica invalidante che minaccia costantemente la vita

Esempi: grave scompenso cardiaco congestizio, infarto miocardico da meno di 6 anni, grave insufficienza respiratoria, avanzata insufficienza epatica o renale.

- **ASA V** Paziente moribondo le cui aspettative di sopravvivenza non superano le 24 ore con o senza intervento chirurgico

Esempi: paziente incosciente con lesioni traumatiche della testa e ritmo cardiaco agonico.

F
A
S
E
P
R
E
O
P
E
R
A
T
O
R
I
A
-
I
N
T
R
A
O
P
E
R
A
T
O
R
I
A
-
P
O
S
T
O
P
E
R
A
T
O
R
I
A



CHIRURGICA

FASE PREOPERATORIA

INIZIA QUANDO VIENE PRESA LA DECISIONE DI ESEGUIRE UN INTERVENTO CHIRURGICO E TERMINA QUANDO IL PAZIENTE VIENE TRASFERITO SUL LETTO OPERATORIO

- Rilevazione dei bisogni attraverso la **raccolta dati** (*osservazione, colloquio, documentazione, strumenti, rilievo sintomi*);
- **Diagnosi infermieristica** (giudizio clinico sulle reazioni ai problemi di salute presenti o potenziali, ai processi Di vita di una persona.....)
- **Pianificazione** degli interventi per obiettivi;
- **Valutazione** del processo e controllo

DIAGNOSI INFERMIERISTICA

- **ansia** correlata all' esperienza chirurgica (*anestesia, dolore*),
- **rischio di gestione inefficace** del regime terapeutico correlato a deficit di conoscenze sulle procedure e protocolli preoperatori

PIANIFICAZIONE ED OBIETTIVI

I principali obiettivi del paziente chirurgico possono includere il sollievo dall' ansia preoperatoria e una maggiore conoscenza della preparazione all' intervento e delle aspettative postoperatorie

INTERVENTI INFERMIERISTICI

RIDUZIONE ANSIA PREOPERATORIA

Capire quelle che sono le sue preoccupazioni, timori e fornire le informazioni che possano sedare i suoi dubbi

- ALLEVIARE LA PAURA,
- RISPETTARE LE CREDENZE SPIRITUALI



EDUCAZIONE PREOPERATORIA

- Potenzia le capacità di difesa dell' individuo
- Aiuta a ridurre l' ansia ed il malessere preoperatorio
- Accellera la guarigione chirurgica (*riduzione dei costi*)



COMPRENDE

- L' informazione su tutto ciò che riguarda la preparazione preoperatoria ed il decorso postoperatorio
- L' insegnamento di esercizi respiratori
- L' insegnamento di come effettuare la tosse efficace
- Mobilizzazione e deambulazione

RISULTATI ATTESI

- ansia diminuita,
- il pz si prepara all' intervento chirurgico,
- partecipa alla pianificazione e dimissione

CONSENSO INFORMATO

Si intende la volontà, libera e consapevole, manifestata dal paziente maggiorenne e capace rispetto alle cure ed all' assistenza sanitaria propositagli dagli operatori

FONDAMENTI GIURIDICI

Art. 13 Cost. : "la libertà personale è inviolabile "

Art. 32 Cost. : "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge "

PRESUPPOSTO NATURALE



INFORMAZIONE

DIRITTO ALL'INFORMAZIONE

- ◆ Al medico compete l'informazione all'atto medico
- ◆ All'infermiere compete l'informazione concernente la propria specifica attività

- Il consenso è, di norma, **riferito ad una determinata situazione od un determinato trattamento**, quindi non vale al di fuori del contesto in cui viene espresso;
- Il consenso già espresso **può essere revocato**;
- **Esiste una modulistica** per la raccolta del consenso informato che deve essere correttamente utilizzata per documentare una procedura informativa e relazionale effettivamente realizzata;
- I moduli per la raccolta del consenso non devono **sostituire la relazione tra l' operatore ed il paziente**.



GIORNO PRECEDENTE L' INTERVENTO

- ▶▶ Accoglienza
- ▶▶ Cartella clinica corredata di tutti gli accertamenti diagnostici
- ▶▶ Visita anestesiologicala
- ▶▶ Emogruppo e Prova crociata
- ▶▶ Consenso informato
- ▶▶ Igiene del corpo «doccia antisettica»
- ▶▶ Pulizia intestinale
- ▶▶ Riposo e sonno garantito



GIORNO DELL' INTERVENTO (GIORNO 0)

- 👉 Digiuno terapeutico da almeno 6 ore
- 👉 Tricotomia e preparazione della cute
- 👉 Profilassi tromboembolica
- 👉 Profilassi antibiotica
- 👉 Verificare che non vi sia smalto nelle unghie delle mani e dei piedi



Rimuovere gioielli



Rimuovere eventuali lenti a contatto



Rimuovere protesi dentarie



Se non è prevista l' introduzione del catetere vescicale,
invitare il paziente ad urinare



- 👉 Introdurre eventuali sonde
- 👉 Far indossare al paziente una camicia monouso da S.O. ed una cuffia per raccogliere i capelli
- 👉 Corredare il letto di asta per flebo e coperta

TRICOTOMIA

È OPPORTUNO EFFETTUARE LA TRICOTOMIA QUANTO PIU' VICINO ALL' INTERVENTO CHIRURGICO

RADERE UN AREA QUANTO PIU' LIMITATA AL CAMPO OPERATORIO

UTILIZZO DI UN RASOIO ELETTRICO PER RIDURRE L' INCIDENZA DELLE INFEZIONI POSTOPERATORIE

PREPARAZIONE DEL MATERIALE

- ◆ Paravento
- ◆ Traversa
- ◆ Rasoio elettrico / tagliacapelli
- ◆ Bacinella reniforme
- ◆ Garze guanti
- ◆ Soluzione detergente
- ◆ Soluzione disinfettante

PROCEDURA

- Lavarsi le mani
- Spiegare il procedimento al paziente
- Assicurare la privacy
- Provvedere ad una corretta illuminazione
- Disporre il materiale in modo corretto e comodo
- Indossare i guanti
- Proteggere il letto con una traversa
- Posizionare adeguatamente il paziente
- Coprire il paziente nelle zone del corpo non interessate alla tricotomia

- Cominciare a radere dalla zona di incisione seguendo la direzione del pelo con movimenti fermi; con la mano libera tenere la pelle tesa;
- Quando tutti i peli sono rimossi pulire l' area cutanea;
- Togliersi i guanti;
- Lavarsi le mani;
- Aiutare il paziente a rivestirsi o indossare il camice da sala operatoria;
- Far assumere al paziente una posizione comoda;
- Smaltire e riordinare il materiale

SONDE

SONO STRUMENTI DI FORMA TUBULARE FLESSIBILI O RIGIDI, DI CALIBRO DIVERSO DA INTRODURRE NEGLI ORGANI CAVI A SCOPO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO

CREANO UNA VIA DI COMUNICAZIONE ARTIFICIALE FRA L' AMBIENTE ESTERNO E L' INTERNO DEL CORPO

UTILIZZO

- **OSSIGENAZIONE**
- **ALLONTANARE IL CONTENUTO DA UNA CAVITA'**
(gas, alimenti, feci, urine)
- **INTRODURRE DALL' ESTERNO SOSTANZE ALIMENTARI**
- **PRELEVARE IL CONTENUTO A FINI DIAGNOSTICI**
- **TAMPONARE EMORRAGIE**

SONDA RETTALE

LA SONDA RETTALE RIDUCE IL CONTENUTO DI GAS E LA DISTENSIONE ADDOMINALE CHE DIPENDONO DALLA IPOMOTILITA' DEL TRATTO GASTROINTESTINALE.

L'INSERZIONE DELLA SONDA E' ABBASTANZA SEMPLICE E NON DOVREBBE PROCURARE DOLORE

L'INSERZIONE DELLA SONDA E' CONTROINDICATA DOPO UN RECENTE INTERVENTO CHIRURGICO A CARICO DEL RETTO O DELLA PROSTATA E IN PAZIENTI CON MALATTIE A CARICO DELLA MUCOSA RETTALE.



CH 22



CH 28



CH 25

MATERIALE OCCORRENTE

- SONDA
- LUBRIFICANTE
- CEROTTO
- SACCA DI RACCOLTA
- BACINELLA RENIFORME
- TRAVERSA MONOUSO

PROCEDURA

- LAVARSI LE MANI
- PORTARE TUTTO IL MATERIALE NECESSARIO AL LETTO DEL PAZIENTE
- SPIEGARE LA PROCEDURA ED INCORAGGIARE IL PAZIENTE A RILASSARSI
- INDOSSARE I GUANTI
- POSIZIONARE IL PAZIENTE IN POSIZIONE LATERALE SX CON LE GAMBE FLESSE
- POSIZIONARE UN TELO SOTTO LE NATICHE DEL PAZIENTE PER PROTEGGERE IL LETTO
- COPRIRE IL PAZIENTE
- LUBRIFICARE LA PUNTA DELLA SONDA
- SOLLEVARE LA NATICA DX DEL PAZIENTE PER VISUALIZZARE L' ANO

- INSERIRE LA PUNTA DELLA SONDA RETTALE ATTRAVERSO L' ANO E SPINGERLA DELICATAMENTE NEL RETTO PER 5 – 10 CM
- RACCORDARE LA SONDA AD UN SACCHETTO DI RACCOLTA
- FISSARE LA SONDA ALLA NATICA SX CON DEL CEROTTO
- RIMUOVERE LA SONDA DOPO IL TEMPO PREVISTO
- PULIRE, RIPOSIZIONARE E RASSICURARE IL PAZIENTE
- SMALTIRE IL MATERIALE USATO
- TOGLIERSI I GUANTI
- LAVARSI LE MANI
- ANNOTARE DATA, ORA, TEMPO DI INSERZIONE, QUANTITA' , COLORE E CONSISTENZA DI QUALSIASI MATERIALE ESPULSO



SONDA NASOGASTRICA (SNG)

LA SNG E' UNA SONDA IN MATERIALE SINTETICO, TRASPARENTE, CON TACCHE DI MISURAZIONE A 45 – 55 – 65 – 75 cm LUNGO CIRCA 125 cm CHE VIENE INTRODOTTA NELLO STOMACO DAL NASO; E' DISPONIBILE IN CONFEZIONE STERILE IN DIVERSE MISURE 8 – 10 – 12 – 14 – 16 – 18 CH.



UTILIZZO

- ASPIRARE SECREZIONI GASTRICHE
- VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DI EMORRAGIE GASTRICHE
- NEL POST-OPERATORIO PER DECOMPRIMERE LO STOMACO ED EVITARE IL VOMITO
- PER PRESERVARE UNA EVENTUALE ANASTOMOSI GASTRICA E SORVEGLIARE IL CONTENUTO GASTRICO
- A SCOPO DIAGNOSTICO PER LO STUDIO DELLA SECREZIONE GASTRICA
- PER EVENTUALE ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE

INTRODUZIONE SONDA NASO GASTRICA

MATERIALE OCCORRENTE

- SNG del calibro idoneo al caso
- Lubrificante idrosolubile
- Acqua con cannuccia
- Siringa da 60 ml
- Fonendoscopio
- Test misuratore di Ph
- Garze
- Cerotto
- Bacinella reniforme
- Guanti
- Sacca di raccolta a circuito aperto
- Teli monouso
- Fazzolettini
- Abbassalingua e penna luminosa

PROCEDIMENTO

- Lavarsi le mani
- Spiegare il procedimento al paziente per ridurre l'ansia e promuovere la collaborazione
- Posizionare adeguatamente il paziente in posizione di Fowler
- Proteggere il paziente e la biancheria del letto con telini monouso
- Far soffiare delicatamente il naso per liberare le narici da eventuali secrezioni

- Determinare quale narice è più pervia
- Determinare la lunghezza della sonda necessaria per raggiungere lo stomaco: *dal naso al lobo dell' orecchio e da questo in basso fino al processo xifoideo*
- Indossare i guanti
- Arrotolare i primi 7 – 10 cm della sonda attorno alle dita in modo da piegarla e facilitarne il passaggio
- Stabilire un segnale in modo che il paziente possa avvisare se desidera fermarsi durante la procedura

- Lubrificare i primi 10 cm della sonda per prevenire lesioni al passaggio nasale
- Introdurre la sonda orizzontalmente lungo il pavimento della fossa nasale
- Dopo aver introdotto la sonda per circa 10 cm far piegare la testa in avanti al paziente in avanti ed invitarlo a bere acqua e deglutire per facilitare il passaggio della sonda
- Man mano che il paziente deglutisce spingere il sondino fino a che la misura stabilita arriva a livello della narice

- Con un abbassalingua ed una penna luminosa esaminare la bocca e la gola per escludere la possibilità che la sonda sia attorcigliata; questo soprattutto in pazienti incoscienti
- Per il posizionamento collegare alla sonda una siringa da 60 ml e cercare di aspirare il contenuto gastrico e con il misuratore di Ph stabilire il posizionamento
- Una volta accertata la giusta posizione fissare la sonda con del cerotto al naso, avendo l'accortezza di asciugare la cute, in maniera da garantirne il fissaggio

- Avere l' accortezza di non creare trazioni a livello della narice
- Collegare l' estremità della sonda con il sacchetto raccoglitore, che verrà posizionato in basso rispetto al paziente in modo da facilitare il drenaggio a caduta
- Fissare la sonda con del cerotto al pigiama ed al letto del paziente in modo da garantire una certa libertà di movimento

- Rassicurare il paziente e posizionarlo in posizione comoda
- Mettergli vicino il campanello di chiamata
- Riordinare e smaltire il materiale
- Togliersi i guanti
- Lavarsi le mani
- Annotare in cartella la natura e la quantità del contenuto gastrico e la data di inserzione

COMPLICANZE

GENERALMENTE RARE E DI LIEVE ENTITA'

- Epistassi
- Necrosi dell' ala nasale per trazioni o decubiti prolungati
- Danni della mucosa gastrica con sanguinamenti
- Aspirazione polmonare per vomito durante la manovra
- Malposizionamento
- Coagulazione all' interno della sonda nel caso di presenza di sangue nello stomaco
- Perforazione dell' esofago

ASSISTENZA

- Controllare giornalmente il fissaggio della sonda e sostituire il cerotto secondo necessità
- Applicare ogni giorno una crema protettiva nel punto di introduzione della sonda sulla narice; spostare ogni volta il punto di applicazione del cerotto in modo da evitare decubiti
- Annotare giornalmente la quantità e qualità della secrezione gastrica in modo da controllare anche il bilancio idrico

- Controllare l'aspetto delle secrezioni: *normalmente sono incolori o giallo verdastre per la presenza di bile ed hanno una consistenza mucoide; una secrezione a lavatura di carne può indicare una emorragia, come una secrezione simile a fondi di caffè*
- Controllare eventuali deformazioni nei tubi di deflusso
- Controllare frequentemente la pervietà della sonda in modo da evidenziare precocemente eventuali ostruzioni

RIMOZIONE

- Lavarsi le mani
- Informare il paziente
- Indossare i guanti
- Posizionare il paziente
- Mettere un telo protettivo sul torace del paziente
- Staccare il cerotto di ancoraggio
- Invitare il paziente a trattenere il respiro in maniera da tenere chiusa l' epiglottide
- Attorcigliare la sonda nelle mani e tirare in maniera delicata ma ferma e solo quando arriva al naso faringe toglierla rapidamente

SONDA ESOFAGEA DI SANGSTAKEN – BLAKEMORE

La sonda esofagea viene inserita per controllare una emorragia intraesofagea causata da varici che tipicamente sono dovute ad ipertensione portale.

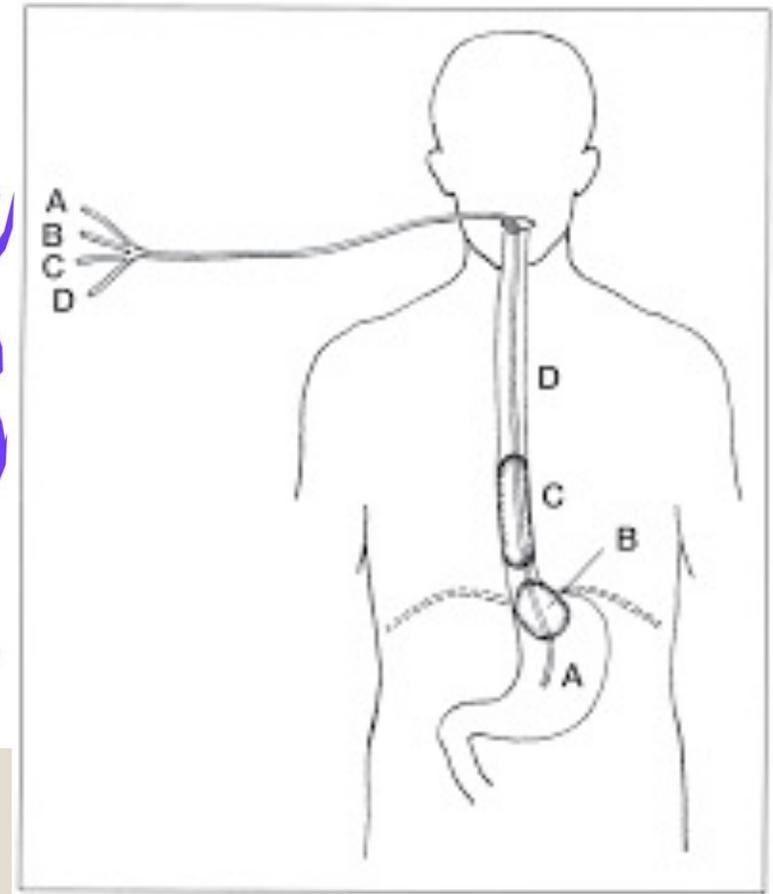
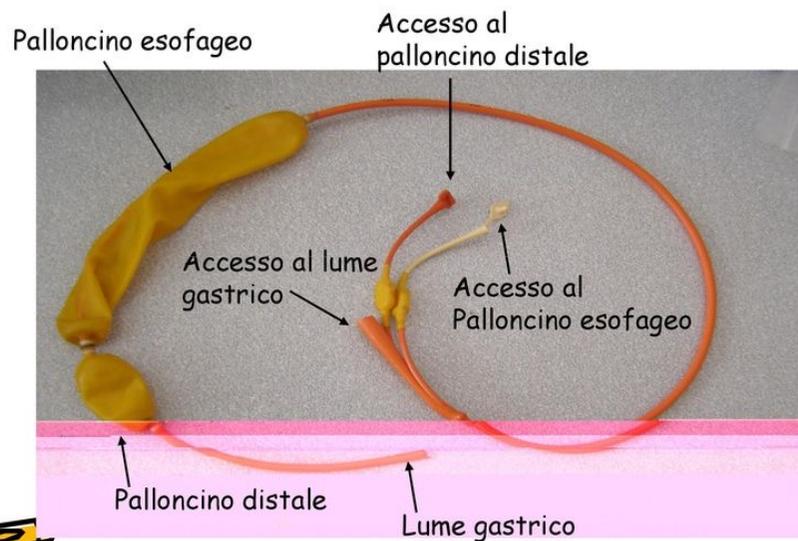
Viene normalmente inserita per via nasale per poi passare attraverso l' esofago e lo stomaco.

E' costituita da un palloncino inferiore (gastrico) che impedisce la risalita della sonda verso l' alto ed un palloncino allungato che consente l' emostasi dell' esofago.

La parte di sonda che sporge nello stomaco permette l' aspirazione del contenuto gastrico, mentre il palloncino allungato permette l' emostasi delle varici esofagee

Sonda di Sengstaken-Blackmore

La sonda di Sengstaken Blackmore



Materiale occorrente

- Sonda di Sangstaken - Blakemore
- Lubrificante idrosolubile
- Acqua e cannuccia
- Abbassalingua
- Fonte luminosa
- Siringa da 60 cc
- Traverse monouso
- Garze
- Cerotto
- Test Ph
- Fonendoscopio
- Sacca di raccolta
- Manometro per la pressione
- Due pinze klemmer per clampaggio
- Attrezzatura per trazione

- Cerotto
- Test Ph
- Sacca di raccolta con supporto appropriato
- Bacinella reniforme
- Manometro per la misura della Pressione
- Attrezzatura per trazione
- Due pinze per clampaggio

PROCEDURA

- Controllare lo stato della sonda e dei palloncini, che non presentino perdite di aria
- Spiegare al paziente il procedimento
- Lavarsi le mani
- Indossare i guanti
- Posizionare il paziente in posizione di fowler
- Proteggere con telo protettivo il torace ed il letto del paziente
- Accertarsi della pervietà delle narici

- Determinare la lunghezza della sonda necessaria
- Lubrificare abbondantemente la sonda fino al secondo palloncino
- Si introduce la sonda attraverso la narice individuata invitando il paziente a piegare il mento sul petto e a deglutire. La deglutizione può essere facilitata facendo bere al paziente dell'acqua (se possibile)
- Introdurre la sonda oltre il punto individuato
- Per confermare la posizione della sonda basta aspirare con una siringa da 60 ml il contenuto gastrico e misurare il Ph

- una volta certi del corretto posizionamento, gonfiare il palloncino gastrico con circa 150 cc di aria e clampare con una pinza
- ritirare la sonda fino a resistenza elastica del cardias e fissarla sotto trazione (0,5 – 1 kg) al naso
- abbassare la testata del letto per produrre contrappeso
- collegare il palloncino esofageo al manometro a Hg ed insufflare aria fino a che non si raggiunge una Pressione pari a 35 – 45 mmhg; clampare l' estremita' con l' altra pinza

- provvedere al lavaggio dello stomaco per rimuoverne il contenuto (sangue)
- collegare la sonda ad un sacchetto di raccolta
- provvedere all'igiene del paziente
- riordinare e riporre il materiale
- togliersi i guanti
- lavarsi le mani

ASSISTENZA

- Pulire e lubrificare le narici
- Pulire frequentemente la bocca per alleviare la secchezza dato che molto spesso il paziente respira con la bocca
- Fornire al paziente tutto l'occorrente per sputare dato che non può deglutire la saliva
- Ogni 6 ore provvedere ad azzerare la pressione del palloncino esofageo per almeno 5 minuti, in modo da evitare la necrosi ischemica
- Dopo 24 ore decomprimere il palloncino esofageo a 25 – 30 mmhg
- Se durante le prime 24 ore l'emorragia viene bloccata, il palloncino esofageo viene svuotato ed il palloncino gastrico spinto un po' nello stomaco
- La sonda può essere lasciata in sede al max 36 ore
- Monitorare le entrate e le uscite

RIMOZIONE

- Informare il paziente
- Indossare i guanti
- Togliere la trazione e decomprimere gradatamente il palloncino esofageo
- Controllare che non vi sia nessun inizio di una nuova emorragia
- Dopo 24 ore svuotare il palloncino gastrico e rimuovere con cautela la sonda
- Provvedere all'igiene del cavo orale
- Gettare il tutto nel sacco dei rifiuti



SONDA ENTERICA DI CANTOR

LA SONDA DI CANTOR E' UNA SONDA AD UN SOLO LUME, LUNGA CIRCA 3 METRI, ALLA CUI ESTREMITA' PRESENTA UN PALLONCINO CONTENENTE MERCURIO.

IL PALLONCINO DI MERCURIO VIENE COLLEGATO ALLA SONDA SOLO DURANTE LA PROCEDURA DI INTRODUZIONE, UNA VOLTA SVITATA L' OLIVA METALLICA CHE CORREDA LA SONDA STESSA E CHE FACILITA L' INTRODUZIONE DI QUESTA DAL NASO.

LA PARTE TERMINALE DELLA SONDA PRESENTA DEI FORI CHE PERMETTONO L' ASPIRAZIONE DEL CONTENUTO ENTERICO.

Sonda enterica di Cantor



Tubi di Cantor



MATERIALE OCCORRENTE

- SONDA DI CANTOR
- Oliva e sacchettino in mercurio
- LUBRIFICANTE IDROSOLUBILE
- SIRINGA DA 60 cc
- ACQUA
- CANNUCCIA
- ABBASSALINGUA
- FONTE LUMINOSA
- FAZZOLETTINI
- GARZE
- CEROTTO
- TELO PROTETTIVO
- BACINELLA RENIFORME
- GUANTI
- PINZA ANATOMICA
- SACCA DI RACCOLTA CON SUPPORTO

PROCEDIMENTO

- Lavarsi le mani
- Controllare lo stato della sonda e del sacchetto di mercurio
- Spiegare il procedimento al paziente
- Creare un ambiente confortevole e con illuminazione adeguata
- Posizionare il paziente in posizione di Fowler
- Proteggere con un telo protettivo il torace ed il letto del paziente
- Stabilire un segnale manuale che il paziente può utilizzare per arrestare l' inserzione

- Introdurre i guanti
- Individuare la narice più pervia
- Lubrificare circa 20 cm della sonda in modo da facilitarne l' inserzione e ridurre il trauma dei tessuti
- Introdurre la sonda orizzontalmente lungo il pavimento della fossa nasale
- Dopo aver introdotto la sonda per circa 15 cm, invitare il paziente ad estendere la testa all' indietro ed aprire la bocca
- Con l' aiuto di un abbassalingua ed una fonte luminosa individuare individuare la sonda nel retrobocca

- Con una pinza anatomica afferrare la sonda e portarne l' estremità, precedentemente introdotta, al di fuori della bocca, facendola delicatamente scorrere dal naso
- Asciugare con una garza l' estremità della sonda e svitare l' oliva metallica
- Avvitare il sacchetto con il mercurio controllando accuratamente la manovra
- Tirare delicatamente la sonda dal naso, portando il sacchetto di mercurio in bocca

- Invitare il paziente a bere ed ingoiare il sacchetto
- Spingere velocemente la sonda nello stomaco
- Accertarsi che la sonda sia nello stomaco aspirando con la siringa da 60 ml il contenuto gastrico
- Fissare con un cerotto la sonda alla fronte del paziente mantenendo una certa lentezza: questo perché deve progredire fino all' intestino
- Raccordare la sonda al sacchetto di raccolta
- Posizionare il paziente cercando di rassicurararlo
- Riordinare il materiale
- Togliersi i guanti
- Lavarsi le mani
- Annotare in cartella la data di introduzione della sonda, la quantità e la qualità del materiale aspirato

ASSISTENZA

- Informare il paziente circa lo scopo della prestazione e di come dovrà comportarsi dopo l' introduzione, in modo da promuoverne la collaborazione
- Il paziente dovrà essere posizionato sul fianco dx per facilitare il passaggio della sonda dal piloro; si può invitare anche a camminare, in maniera che, con la gravità, ne venga facilitato l' avanzamento
- Garantire la libertà di movimenti
- Superato il piloro, la sonda, su indicazione medica, può essere collegata ad un sistema di aspirazione

- Controllare che la sonda progredisca per la misura prescritta, quindi fissarla al naso
- Monitorare il bilancio idrico
- Registrare il colore, la consistenza, l'odore e la quantità del drenaggio ottenuto ogni volta che il contenitore del sistema di aspirazione viene svuotato
- Dato che la sonda può restare in sede per alcuni giorni ed il respirare con la bocca causa secchezza e lesioni delle labbra e della lingua, provvedere all'igiene del cavo orale
- Applicare una crema emolliente sulle narici per prevenire lesioni cutanee
- Controllare il sistema di aspirazione che potrà essere periodicamente staccato per mobilizzare il paziente

ASSISTENZA INTRAOPERATORIA

E' il momento in cui il paziente è in S.O e comincia con l' anestesia la fase chirurgica che dura fino al risveglio

Lo staff del blocco operatorio (medici, medici anestesisti, Infermieri) si impegnano, lavorando in piena collaborazione , ad attuare standard professionali di assistenza , per controllare i rischi iatrogeni e individuali e per promuovere risultati di alta qualità per gli assistiti

ASSISTENZA INTRAOPERATORIA

PRESALA

- Accoglienza e riconoscimento del paziente
- Preparazione e controllo documentazione
- Accompagnarlo in sala operatoria

SALA

- Posizionamento lettino operatorio
- Lettura checklist da tutti i componenti il team
- Monitoraggio

SALA RISVEGLIO

- Monitoraggio

Checklist di sala operatoria

- Raccomandazione
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_allegato.pdf
- Checklist Regione Toscana
<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/5033807/CLSO.pdf/202c2b72-0ac0-40aa-b13a-24c05a0a3596>
- Creata con lo scopo di fornire all'equipe chirurgiche uno strumento utile a ridurre i rischi chirurgici
- I suoi punti di forza sono:
 - COMUNICAZIONE E COINVOLGIMENTO DELL'EQUIPE
 - PRESA DI COSCIENZA DELL'INTERCETTAZIONE DI ANOMALIE
 - STRUMENTO STIMOLANTE IL CAMBIAMENTO
 - APPRENDIMENTO DALL'ERRORE
 - MODIFICA NEI PROCESSI DI MIGLIORAMENTO

ASSISTENZA POSTOPERATORIA

DECORRE DALLA CONCLUSIONE
DELL' INTERVENTO FINO ALLA DIMISSIONE DEL
PAZIENTE

OGNI INTERVENTO CHIRURGICO
CONFERISCE ASPETTI PARTICOLARI AL
DECORSO POSTOPERATORIO : QUESTI
CARATTERIZZANO IL TIPO DI ASSISTENZA

RISVEGLIO

➤ E' DA EVITARE, NEL MODO PIU' ASSOLUTO, IL TRASPORTO DEL PAZIENTE, IN REPARTO, NON ANCORA SVEGLIO E COSCIENTE: L' INOSSERVANZA DI QUESTA NORMA PUO' COSTARE LA VITA AL PAZIENTE

La sala di risveglio deve essere dotata di tutti gli strumenti necessari per una valutazione accurata ed immediata del paziente e di tutti gli strumenti e farmaci necessari per far fronte ad emergenze respiratorie e cardiocircolatorie.

Il paziente rimarrà in questa sala fino al completo risveglio dall' anestesia

- **ADEGUATA FUNZIONALITA'
RESPIRATORIA**
- **PRESSIONE STABILE**
- **BUON LIVELLO DI COSCIENZA**

4 sono i principi generali, comuni a qualsiasi tipo di intervento:

- VALUTARE LE CONDIZIONI PSICOLOGICHE DEL PAZIENTE OPERATO
- VALUTARE LE CONDIZIONI FISICHE (rischio operatorio)
- VALUTARE LA MALATTIA POSTOPERATORIA ED IL SUO DECORSO CLINICO
- ESSERE A CONOSCENZA DELLE COMPLICANZE POSSIBILI

FASE POSTOPERATORIA IMMEDIATA

- ACCOGLIERE IL PAZIENTE IN REPARTO
- CONTROLLARE I PARAMETRI VITALI ED ANNOTARLI SU APPOSITA SCHEDA
- POSIZIONARE IL PAZIENTE
- CONTROLLARE IN CARTELLA LA TERAPIA FARMACOLOGICA PRESCRITTA DAL MEDICO

- REPERIRE TUTTE LE , INFORMAZIONI CIRCA LA NATURA DELL , INTERVENTO E IL POSIZIONAMENTO E LA GESTIONE DI EVENTUALI DRENAGGI
- CONTROLLARE LA SCHEDA ANESTESIOLOGICA PER ACCERTARSI DEL TIPO DI ANESTESIA EFFETTUATO E VALUTARE I LIQUIDI ED EVENTUALI EMODERIVATI INFUSI
- AZZERARE TUTTI I CONTENITORI DI SONDINI, CATETERI , E DRENAGGI, VALUTANDO LA QUANTITA' ED IL TIPO DI SECREZIONI
- EFFETTUARE IL BILANCIO IDRICO

- EFFETTUARE EVENTUALI PRELIEVI EMATICI E CONTROLLI EMATOCHIMICI SE PRESCRITTI
- VALUTARE CHE L' AZIONE RESPIRATORIA DEL PAZIENTE SIA EFFICACE
- INTERPRETARE IL DOLORE LAMENTATO DAL PAZIENTE ANCORA IN STATO DI TORPORE E PRATICARE L' EVENTUALE TERAPIA ANALGESICA PRESCRITTA

FERITA

- ▶ **SOLUZIONE DI CONTINUO DI UN TESSUTO O DI UNA MUCOSA, DETERMINATO DA UN AGENTE LESIVO MECCANICO**

ULCERA

- **PERDITA DI SOSTANZA SECONDARIA A PROCESSI NECROTICI DI DATA NON RECENTE , SENZA TENDENZA SPONTANEA ALLA GUARIGIONE**

PIAAGA

- **SOLUZIONE DI CONTINUO, NON RECENTE, MA CHE TENDE SIA PUR MOLTO LENTAMENTE ALLA RESTITUTIO AD INTEGRUM, COME SEMPRE LENTAMENTE PUO NECROTIZZARE TESSUTI VIA VIA PIU PROFONDI**

IN RAPPORTO ALLA PROFONDITA' DELLA LESIONE:

- **FERITE SUPERFICIALI** : limitate alla cute ed al sottocute
- **FERITE PROFONDE** : interessano anche la fascia e le strutture sottofasciali
- **FERITE PENETRANTI** : comunicano con una cavità : addominale, toracica, cranica

A SECONDA DELL' AGENTE LESIVO E DELL' ASPETTO DELLA FERITA, POSSIAMO DISTINGUERE:

- **ABRASIONI O ESCORIAZIONI**
- **FERITE DA TAGLIO**
- **FERITE DA PUNTA**
- **FERITE DA PUNTA E TAGLIO**
- **FERITE LACERE**
- **FERITE LACERO CONTUSE**
- **FERITE DA ARMA DA FUOCO**

ABRASIONI O ESCORIAZIONI

Sono definite abrasioni o escoriazioni le ferite in cui è coinvolta solo l' epidermide

Sono determinate dallo sfregamento della cute su di una superficie irregolare.

FERITE DA TAGLIO

- Sono causate da agenti lesivi taglienti.
- Si distinguono in superficiali, con interessamento di cute e sottocute, o profonde, con lesione anche di muscoli, nervi, vasi e tendini.

Si possono distinguere ferite da taglio:

- *semplici*
- *con perdita di sostanza*
- *a lembo*
- *penetranti in cavità*

FERITE DA PUNTA

- Sono causate da agenti lesivi appuntiti; l'orifizio cutaneo ripete in sezione la forma dell'agente lesivo.
- Se il tramite interessa solo la cute la ferita viene considerata superficiale; l'agente lesivo può però penetrare anche in profondità, con possibili lesioni di nervi o di vasi, oppure ancora di organi situati all'interno della cavità toracica o addominale, determinando complicazioni anche importanti

(pneumotorace, emotorace, emoperitoneo, peritoniti da perforazioni di organi cavi)

FERITE DA PUNTA E TAGLIO

Sono prodotte da strumenti affilati ed acuminati (*pugnali, coltelli*); possono determinare più frequentemente lesioni a carico di organi situati in profondità

(*fegato, milza, reni*).

FERITE LACERE

La lacerazione dei tessuti è determinata da una forza traente o stirante (*morso di animali, lesioni prodotte da ingranaggi*); un segmento di cute ed eventualmente di sottocute viene strappato e lacerato, ed i margini della ferita presentano quindi evidenti irregolarità.

FERITE LACERO – CONTUSE

All' azione traente o stirante si associa una forza che determina schiacciamento dei tessuti.

FERITE DA ARMA DA FUOCO

Sono determinate generalmente da proiettili, che possono produrre:

Ferite di striscio

Ferite penetranti – *in tal caso sono possibili lesioni delle strutture e degli organi che il proiettile incontra lungo il suo percorso. La ferita è costituita da un foro di entrata e da un tramite, in fondo al quale si trova il proiettile, che si definisce ritenuto.*

Un proiettile ritenuto in mezzo ai tessuti può venire inglobato in una reazione fibrosa e rimanere silente per anni, oppure determinare una sintomatologia derivante dalla compressione di nervi o vasi; è possibile anche che il corpo estraneo produca infezioni a partire dalla zona di ritenzione.

Ferite trapassanti – la caratteristica di questo tipo di lesioni è costituita dal fatto che il foro di entrata risulta in genere più piccolo ed a margini più netti rispetto a quello di uscita.

In caso di proiettili sparati da vicino, intorno al foro di ingresso è possibile evidenziare un alone di ustione e di affumicatura, per effetto dei prodotti di combustione dell'esplosivo.

In base alla potenziale contaminazione le ferite possono essere suddivise in:

PULITE

Sono quelle chirurgiche, operate con tecniche di asepsi assoluta e nelle quali non vi sia stata contaminazione da parte del contenuto di visceri oggetto dell' azione chirurgica.

CON PROBABILE CONTAMINAZIONE

Sono quelle post traumatiche provocate da agenti puliti, seppur non sterili o quelle chirurgiche che hanno comportato l' apertura dei visceri interni ma senza significativa fuoriuscita del loro contenuto

CONTAMINATE

Sono certamente tutte quelle post traumatiche e quelle chirurgiche per interventi che hanno comportato la fuoriuscita del contenuto dei visceri

SPORCHE

Sono quelle post traumatiche avvenute in ambienti o con agenti lesivi certamente infetti o quelle chirurgiche espletate su flogosi suppurative

GUARIGIONE DELLE FERITE

CICATRICE

Il tessuto formato per riparare una soluzione di continuo

CICATRIZZAZIONE

L' insieme dei fenomeni che concorrono a tale riparazione.

CICATRIZZAZIONE

- **FORMAZIONE DI TESSUTO DI GRANULAZIONE**

Il sangue si coagula sulle superfici lese; contemporaneamente si determina uno sviluppo della rete capillare sui bordi della ferita, con la finalità di permettere l'arrivo in zona di un maggior numero di globuli bianchi, che determineranno la lisi del coagulo ed il suo riassorbimento.

In questa fase, a causa della proliferazione dei capillari, la ferita assume un aspetto rossastro; il tessuto che determina tale aspetto e che si interpone tra i margini è il tessuto di granulazione, il quale secerne un liquido di trasudazione che, essiccandosi sulla superficie della ferita mescolato ai globuli rossi residui, determina la formazione della cosiddetta crosta.

FIBROSI

In questa fase giungono a livello della ferita i fibroblasti; essi producono fibre di collagene, che hanno il compito di unire fra loro i margini della ferita.

EPITELIZZAZIONE

Comincia a crescere l'epitelio, che va a rivestire il tessuto di granulazione, la crosta si staccherà ed il processo di cicatrizzazione potrà considerarsi ultimato.

CICATRIZZAZIONI PATOLOGICHE

CHELOIDE

- **E' caratterizzato da una produzione eccessiva di tessuto cicatriziale, che si estende anche oltre i limiti della ferita primitiva; alla base della alterazione è la sproporzionata proliferazione fibroblastica che determina la sovrapproduzione di fibre connettivali.**
- **Il cheloide può essere corretto mediante asportazione chirurgica, ma ad essa può seguire la recidiva; è quindi probabile una predisposizione costituzionale.**

- **CICATRICI IPERTROFICHE**

Si distinguono dal cheloide perché non oltrepassano i confini della cicatrice primitiva, ed hanno anche tendenza alla riduzione spontanea nel tempo.

GUARIGIONE FERITA

PER PRIMA INTENZIONE

La guarigione avviene tramite l' apposizione di punti di sutura, agraphes o cerottini di trazione.

È il caso di tutte le ferite pulite (chirurgiche) e di quasi tutte quelle potenzialmente contaminate, dopo opportuna debridement e disinfezione che presentano dei margini allineati tra di loro.

In tal caso la perdita di sostanza è trascurabile, il tessuto di granulazione si forma in minima quantità ed il processo di riepitelizzazione avviene in tempi molto brevi.

La cicatrice che ne risulta è minima

PER SECONDA INTENZIONE

È la modalità di guarigione obbligata quando si è determinata una perdita di sostanza oppure a seguito di processi necrotici o infettivi.

Si preferisce pertanto lasciare aperte le ferite, dopo opportuno trattamento, e velutarne la progressiva guarigione attraverso la formazione del tessuto di granulazione in successive periodiche medicazioni.

Le guarigioni per seconda intenzione devono essere accuratamente monitorate, valutando la progressiva formazione del tessuto di granulazione che deve essere ben vitale.

La vitalità del tessuto di granulazione può essere verificata cruentandolo, in altre parole stimolandone il sanguinamento, attraverso adeguata strumentazione chirurgica. Il processo di guarigione risulterà notevolmente più allungato e la cicatrice molto più evidente

PER TERZA INTENZIONE

È il caso di quelle ferite che si è deciso di portare a guarigione per seconda intenzione, allorquando si ritengano ormai sicure sul piano della contaminazione.

In tali casi è possibile condurre tali ferite a guarigione per prima intenzione, cioè attraverso sutura.

TRATTAMENTO

ABRASIONI O ESCORIAZIONI

Guariscono spontaneamente mediante la formazione di una crosta che cade dopo 4-5 giorni scoprendo una zona di riepitelizzazione.

FERITE DA TAGLIO

- La lesione dei vasi può determinare emorragie importanti, per cui può essere necessario provvedere all' immediata emostasi.
- Per ottenere una buona guarigione è necessario detergere la ferita e suturare i margini.
- Quando sono trascorse diverse ore (16 – 24) dal taglio, e si sospetta che la ferita sia già infetta, la sutura non è più consigliabile; si effettua allora un' accurata pulizia, associata alla rimozione dei tessuti necrotici e si lascia guarire la lesione per seconda intenzione.
- Qualora invece non siano evidenti i segni di infezione e si decida di effettuare una sutura, la ferita deve essere accuratamente detergera ed i suoi margini devono essere leggermente cruentati fino a provocarne il sanguinamento; tale manovra può favorire l' instaurarsi del processo di granulazione.

FERITE DA PUNTA E DA PUNTA - TAGLIO

Se la ferita non è infetta e non sussistono complicazioni, si assiste in genere ad una rapida guarigione.

Questo tipo di ferita risulta frequentemente associato a lesione di organi interni, che devono essere sempre sospettate.

Il trattamento di queste eventuali lesioni viene effettuata mediante intervento chirurgico di urgenza.

FERITE LACERO - CONTUSE

Si rende spesso necessario provvedere alla loro regolarizzazione prima di procedere alla sutura (*asportazione del tessuto non vitale*).

In alcuni casi può essere necessario non suturare la ferita ma lasciarla guarire per seconda intenzione (*ferite che non è possibile detergere completamente, sospetto di persistenza di corpi estranei*).

COMPLICANZE DELLE FERITE CHIRURGICHE

INFEZIONE

La ferita chirurgica è in genere più profonda della ferita traumatica in quanto serve da accesso ad organi posti lontano dal piano cutaneo.

Può quindi infettarsi, oltre che con germi che provengono dall'esterno, anche con materiale infetto proveniente dall'interno dell'organismo

(*peritonite, interventi sul colon, ferite vicino a stomie*).

Il personale sanitario può essere causa involontaria di infezione della ferita.

EMATOMA

Si tratta di una raccolta di sangue più o meno voluminosa, che si forma tra strato e strato di una ferita, superficialmente o più profondamente.

L'ematoma nella maggior parte dei casi è dovuto ad una emostasi poco accurata o ad un difetto di coagulazione.

Gli ematomi profondi spesso non vengono riconosciuti subito ma solo quando suppurano; quelli sottocutanei si rendono evidenti facilmente e possono essere drenati senza difficoltà facendo saltare uno o due punti di sutura.

DEISCENZA

Consiste nella riapertura della ferita cutanea a causa della mancata cicatrizzazione, una volta tolti i punti di sutura.

Quando la deiscenza interessa tutti i piani della parete addominale si può avere la fuoriuscita della anse intestinali : si parla allora di **EVISCERAZIONE**.

In questi casi è necessario risuturare la ferita chirurgicamente.

Questa complicazione è temibile es. in tutti i pazienti diabetici

Se una deiscenza non viene diagnosticata e non è completa, ne residua una porta erniaria: **LAPAROCELE** che consiste in una ernia della parete addominale nella sede di una incisione chirurgica.

MEDICAZIONE

Qualsiasi tipo di materiale applicato ad una ferita nel tentativo di prevenire infezioni, traumi, arrestare eventuali emorragie.

Le medicazioni devono essere sterili.

BENDAGGIO

Qualsiasi materiale utilizzato per fissare una medicazione.
Non è necessario che le bende siano sterili.

LO SCOPO DELLE MEDICAZIONI

Lo scopo della medicazione della ferita deve essere stabilito prima di scegliere il tipo di medicazione da applicare.

- per proteggere la ferita,
- per dare umidità alla zona interessata,
- per assorbire le secrezioni,
- per prevenire il sanguinamento,
- per immobilizzare e nascondere una ferita dalla vista.
- La medicazione viene inoltre scelta in funzione della localizzazione, della misura e del tipo di ferita.

UNA MEDICAZIONE PUO' ESSERE EFFETTUATA:

IN SALA MEDICAZIONI

- Sufficientemente spaziosa in modo da contenere l'arredamento necessario, ma soprattutto di consentire libertà di movimenti sia al personale che ai pazienti.
- Il materiale dovrà essere disposto in modo che sia facilmente reperibile da tutto il personale.
- Dovrà avere due carrelli per medicazione corredati del materiale necessario per qualsiasi tipo di medicazione asettica e settica.
- Dovranno essere rispettati criteri di pulizia e disinfezione come nelle sale operatorie, tenendo presente che nelle sale medicazioni il contenuto microbico è notevolmente maggiore.

AL LETTO DEL MALATO

Utilizzando dei carrelli specifici corredati di tutto il materiale occorrente per una medicazione.

MEDICAZIONE FERITA

OBIETTIVI:

- **ELIMINAZIONE DELL' INSEDIAMENTO BATTERICO**
- **CONTROLLO DELLA FERITA E DELLA CUTE CIRCOSTANTE**
- **FAVORIRNE LA CICATRIZZAZIONE**
- **LENIMENTO DEL DOLORE**

MEDICAZIONE SEMPLICE ASETTICA

- Lavaggio antisettico delle mani
- Verificare che sul carrello sia disposto tutto il materiale occorrente, prevedendo il tipo di medicazione da effettuare
- Informare il paziente
- Garantire la privacy
- Garantire la sicurezza
- Posizionare il paziente
- Posizionare il carrello nella posizione più agevole per l'operatore (*di lato*)
- Indossare guanti non sterili
- Scoprire la regione da medicare (*solo all'ultimo momento*) e rimuovere la vecchia medicazione smaltendola nel contenitore dei rifiuti pericolosi
- Togliersi i guanti

- Controllare che la ferita non presenti segni di complicanze
- Aprire il set di ferri sterili (*rispettando l' asepsi*)
- Aprire un involucro di garze sterili (*rispettando l' asepsi*)
- Con i ferri sterili prendere una garza e confezionare un tampone
- Bagnare il tampone con della soluzione fisiologica o dell' H₂O₂
- Lavare la ferita passando il tampone sulla sutura e proseguendo verso l' esterno, senza mai tornare verso la sutura stessa, in modo da non contaminare la ferita con i microrganismi allontanati
- Fare un nuovo tampone e bagnarli con la soluzione disinfettante
- Disinfettare la ferita partendo sempre dalla sutura verso l' esterno, senza mai tornare indietro e ripetere più di una volta

- Applicare, sulla ferita, una medicazione pronta sterile della giusta dimensione
- In mancanza di medicazioni pronte, applicare sulla ferita delle garze sterili, fino a coprirla completamente
- Fissare i bordi della garze con del cerotto avendo l' accortezza di lasciare scoperta la parte centrale della medicazione
- Coprire e riposizionare il paziente
- Smaltire i ferri utilizzati nell' apposito contenitore per la decontaminazione e pulizia
- Riordinare il carrello
- Lavarsi le mani
- Registrare in cartella l' effettuazione della procedura segnalando eventuali osservazioni

Detergere con dei movimenti dall' alto verso il basso

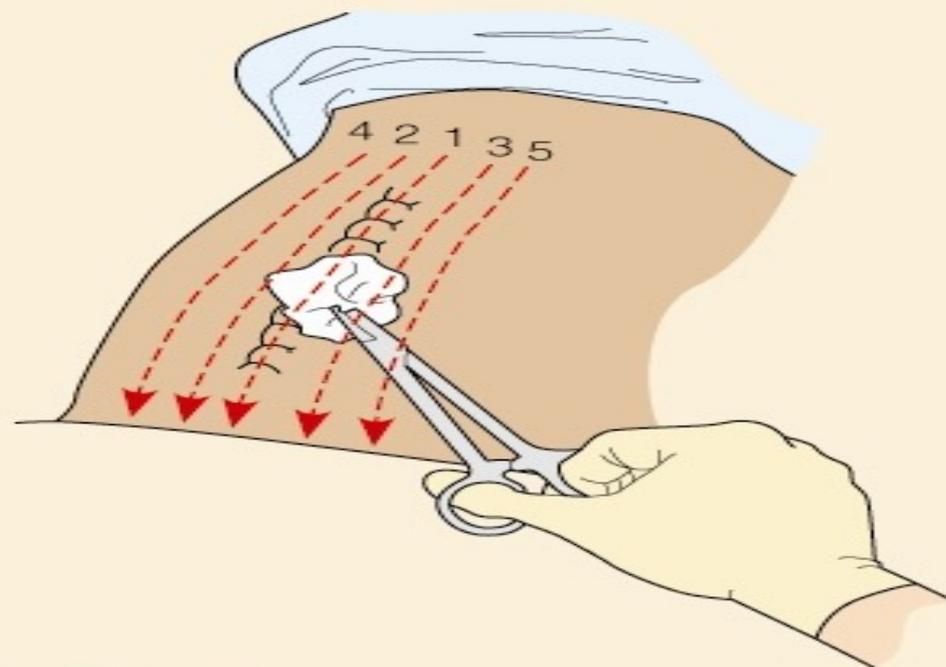


FIGURA 30-4 ◆ Deterzione di una ferita dall'alto verso il basso.



Kozier - Erb
Nursing clinico - Tecniche e procedure
EdiSES

Detergere con dei movimenti circolari dal centro verso l' esterno

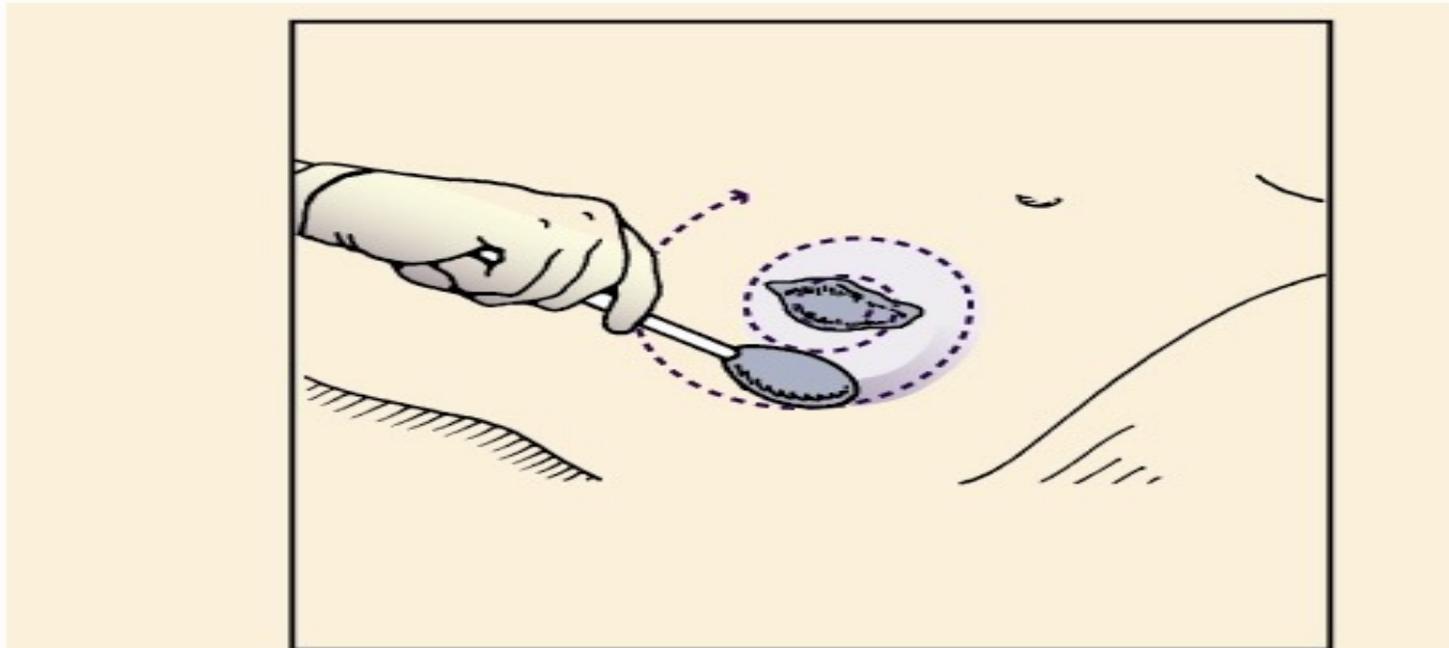


FIGURA 30-5 ♦ Detersione di una ferita dal centro verso l'esterno.



Kozier - Erb
Nursing clinico - Tecniche e procedure
EdiSES

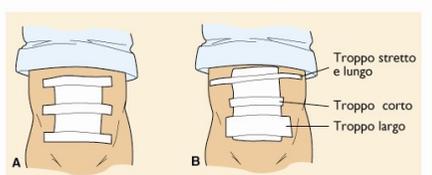


FIGURA 30-6 ♦ Applicazione del cerotto sulla medicazione.



Kozier - Erb
Nursing clinico - Tecniche e procedure
EdiSES

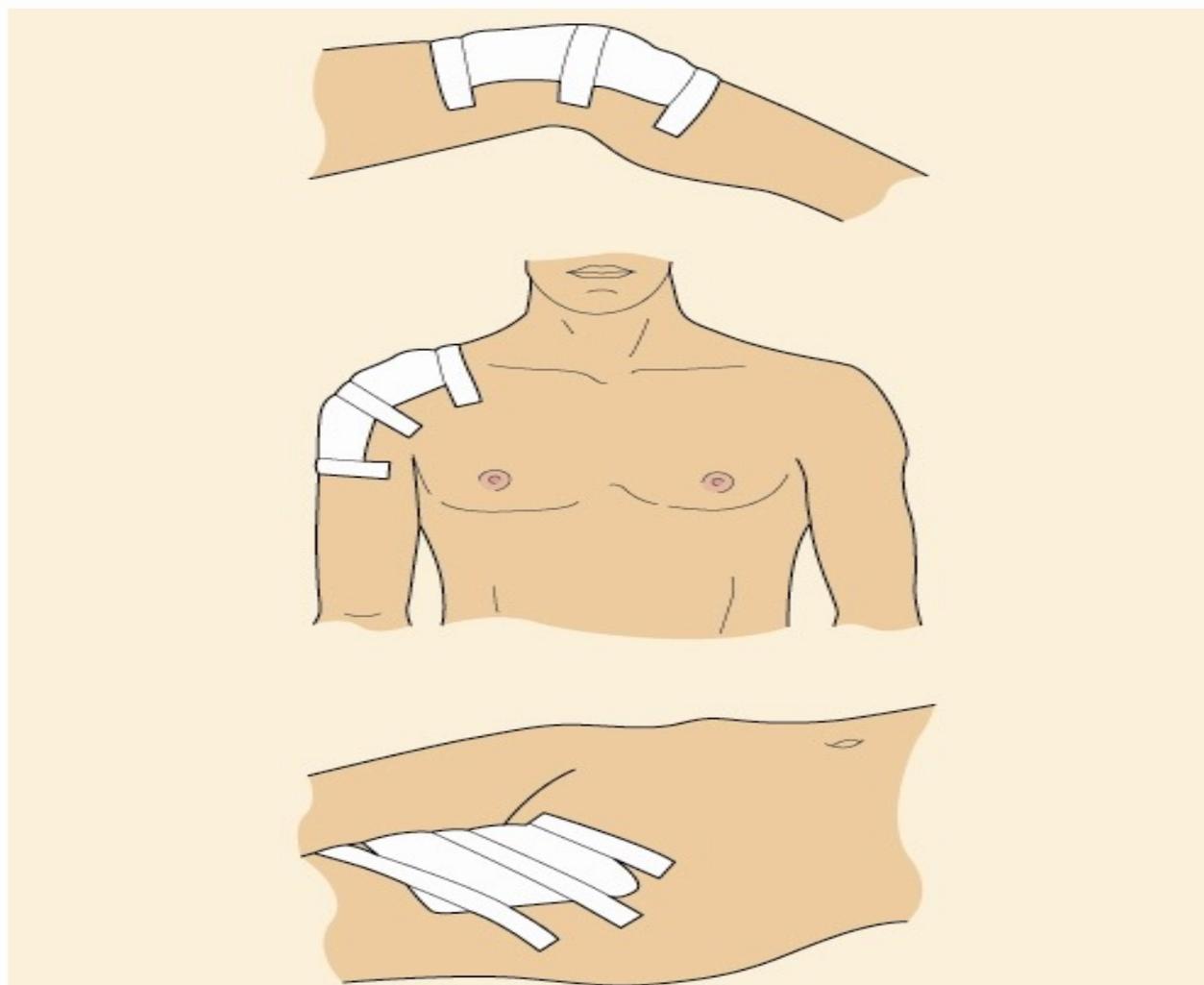
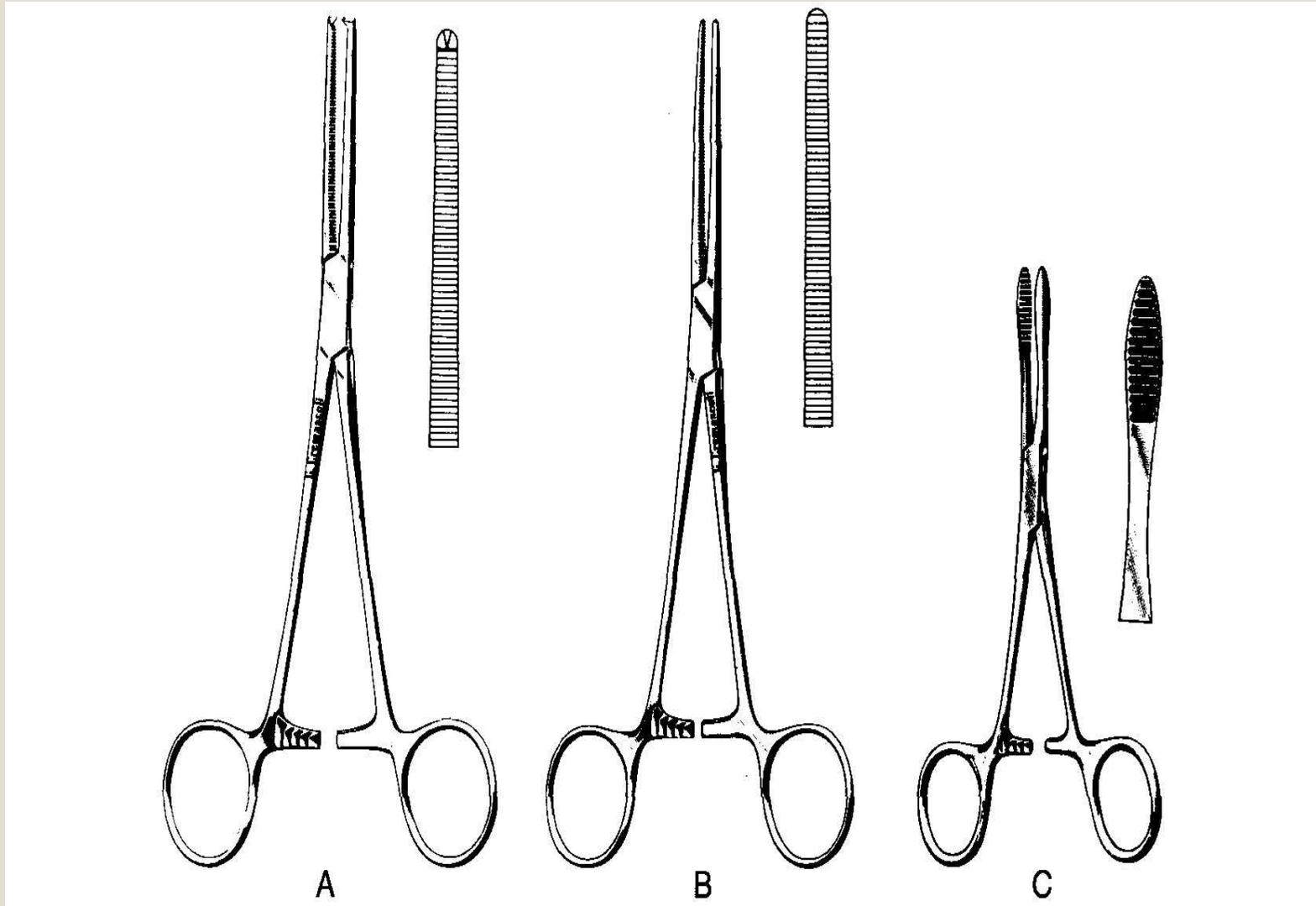


FIGURA 30-7 ♦ **Medicazioni situate sopra le articolazioni stabilizzate in modo corretto con l'angolo di movimento.**

KOCHER

KLEMMER

COLLIN



IRRIGAZIONE DELLA FERITA

PREPARAZIONE DEL MATERIALE

- Guanti sterili e non
- Siringa 30 ml, riempita con S.F. 0,9%, dotata di ago a punta smussa o catetere venoso (\varnothing 14 G)
- Farmaci a seconda della prescrizione medica
- Medicazioni sterili
- Garze sterili
- Set di ferri sterili
- Bacinella reniforme
- Cerotto tipo *Mefix*
- Telo protettivo
- Sacco per rifiuti pericolosi ospedalieri

PREPARAZIONE DELL' AMBIENTE

- Chiudere porte e finestre
- Garantire la privacy
- Predisporre il carrello medicazioni con tutto l' occorrente vicino al letto del paziente

PREPARAZIONE DELL' OPERATORE

- Lavaggio antisettico delle mani

PREPARAZIONE DELLA PERSONA

- Informarla dettagliatamente sulla procedura
- Posizionarla in maniera tale che la soluzione di irrigazione scorra verticalmente
- Proteggerla con telo protettivo

PROCEDURA

- Indossare guanti non sterili, rimuovere la medicazione e gettarla nel sacco dei rifiuti P.O.
- Ispezionare la ferita controllando la comparsa di segni clinici di guarigione (*tessuto di granulazione*) e le caratteristiche della cute circostante. Valutare la presenza di aree necrotiche ed il colore, l'odore e la quantità dei liquidi di secrezione
- Togliersi i guanti e gettarli nel sacco dei rifiuti
- Aprire delle garze sterili e posizionarle, a protezione, intorno alla ferita (*con pinza sterile*)
- Indossare guanti sterili (*necessitano per la mano che tiene aperti i bordi della ferita*)
- Prendere la siringa e lavare con la soluzione la ferita, incominciando dall'estremità superiore a quella inferiore

- Asciugare i margini della ferita e la cute circostante, utilizzando tamponi di garza sterili, iniziando dai margini della ferita e procedendo verso la periferia
- Togliere le garze messe per protezione e gettarle nei rifiuti
- Applicare eventuali medicinali prescritti
- Effettuare una zaffatura in modo da assorbire le secrezioni e per favorire il processo di granulazione del tessuto
- Applicare una medicazione adatta al tipo di ferita
- Togliersi i guanti e gettarli
- Posizionare il paziente in una posizione confortevole
- Lavarsi la mani
- Registrare l' avvenuta medicazione ed eventuali osservazioni

RIORDINARE IL MATERIALE

DRENAGGI

SONO DEI DISPOSITIVI IL CUI SCOPO E' QUELLO DI FAVORIRE IL DEFLUSSO DEI LIQUIDI ORGANICI O GAS DA UNA CAVITA' NATURALE O NEOFORMATA

DRENAGGIO TERAPEUTICO

- Risolvere situazioni patologiche create per accumulo di liquidi organici nel cavo peritoneale, nel torace, in cavità neoformate di origine patologica tipo ascessi o post-operatorie
- Eliminare aria dalla cavità toracica (pneumotorace)
- Favorire la cicatrizzazione di suture, eseguite su condotti anatomici, deviando all'esterno il loro contenuto, che potrebbe, per aumento della tensione interna sulle suture, essere causa di deiscenza

DRENAGGIO PREVENTIVO

I drenaggi preventivi hanno la funzione di **SPIA** in quanto drenano solamente nel caso che l'evento temuto si realizzi

TIPI DI DRENAGGI

DRENAGGI TUBULARI

Sono dei tubi flessibili ma indeformabili, di vario calibro, in gomma o silicone.

Si distinguono in:

- **TUBULARI SEMPLICI**
- **DRENAGGIO DI REDON**
- **DRENAGGI ENDOLUMINALI: T.C. - KEHR**

DRENAGGI LAMINARI

Sono costituiti da strisce di gomma di diversa forma e vengono utilizzati per drenare spazi superficiali (*sottocute, ferite, piani muscolari*).

DRENAGGI CAPILLARI

- **PENROSE**
- **ZAFFI**

PER CAPILLARITA '

PER GRAVITA '

- A CADUTA
- A SIFONE

PER ASPIRAZIONE

- ASPIRAZIONE MECCANICA
- ASPIRAZIONE ELETTRICA
- ASPIRAZIONE CENTRALIZZATA

MISURE DI ASSISTENZA

- Controllare periodicamente la quantità e le caratteristiche del materiale drenato
- Misurare ed annotare la quantità del secreto nelle 24 ore, in modo da poter eseguire il bilancio idrico
- Controllare la pervietà dei tubi di drenaggio (*presenza di coaguli, tappi di fibrina, pieghe*)
- Impedire che i tubi si attorciglino ; se necessario fissarli con un cerotto in modo che decorrano linearmente lungo il letto o che comunque non formino delle anse
- Fissare i drenaggi in modo che il paziente si senta sicuro ed abbia la massima libertà di movimento
- Controllare che punto di inserzione del drenaggio non presenti segni di infezione; osservare eventuali alterazioni della cute

- Se siamo in presenza di un sistema di aspirazione assicurarsi della perfetta tenuta dello stesso, che non vi sia infiltrazione di aria che determina la perdita del vuoto
- In caso di aspirazione centralizzata controllare regolarmente che la P di aspirazione sia conforme alla prescrizione
- Informare e rassicurare costantemente il paziente dato che può essere impaurito da tutti i dispositivi che lo circondano
- Se il paziente ha dimostrato repulsione e disgusto per il secreto mantenere le sacche di raccolta fuori dal suo campo visivo
- Prendere seriamente le manifestazioni dolorose espresse dal paziente in relazione ai drenaggi

POTENZIALI COMPLICANZE POSTOPERATORIE

EMORRAGIA

- Ipotensione
- Sudorazione algida
- Polso piccolo e frequente
- Dispnea
- Pallore della cute e delle mucose
- Diminuzione della PVC
- Oliguria
- Eventuale fuoriuscita di sangue dai drenaggi

COMPLICANZE POSTOPERATORIE

APP. RESPIRATORIO

Atelettasia

Polmonite

Embolia polmonare

APP. CARDIOVASCOLARE

Shock

Tromboflebite

APP. GASTROINTESTINALE

Stipsi

Ileo paralitico

Ostruzione intestinale

COMPLICANZE POSTOPERATORIE

APP. URINARIO

Ritenzione urinaria
Infezione vie urinarie

SIST. NEUROLOGICO

Delirio
Ictus

FERITA

Infezione
Deiscenza
Eviscerazione
Ematoma
Emorragia

INTERVENTI INFERMIERISTICI

Gli interventi infermieristici nel postoperatorio andranno a prendere in considerazione vari problemi, quali:

- **FUNZIONALITA' RESPIRATORIA**
- **DOLORE**
- **NAUSEA E VOMITO**
- **SETE**
- **PERFUSIONE TESSUTALE**
- **APPORTO DI LIQUIDI**

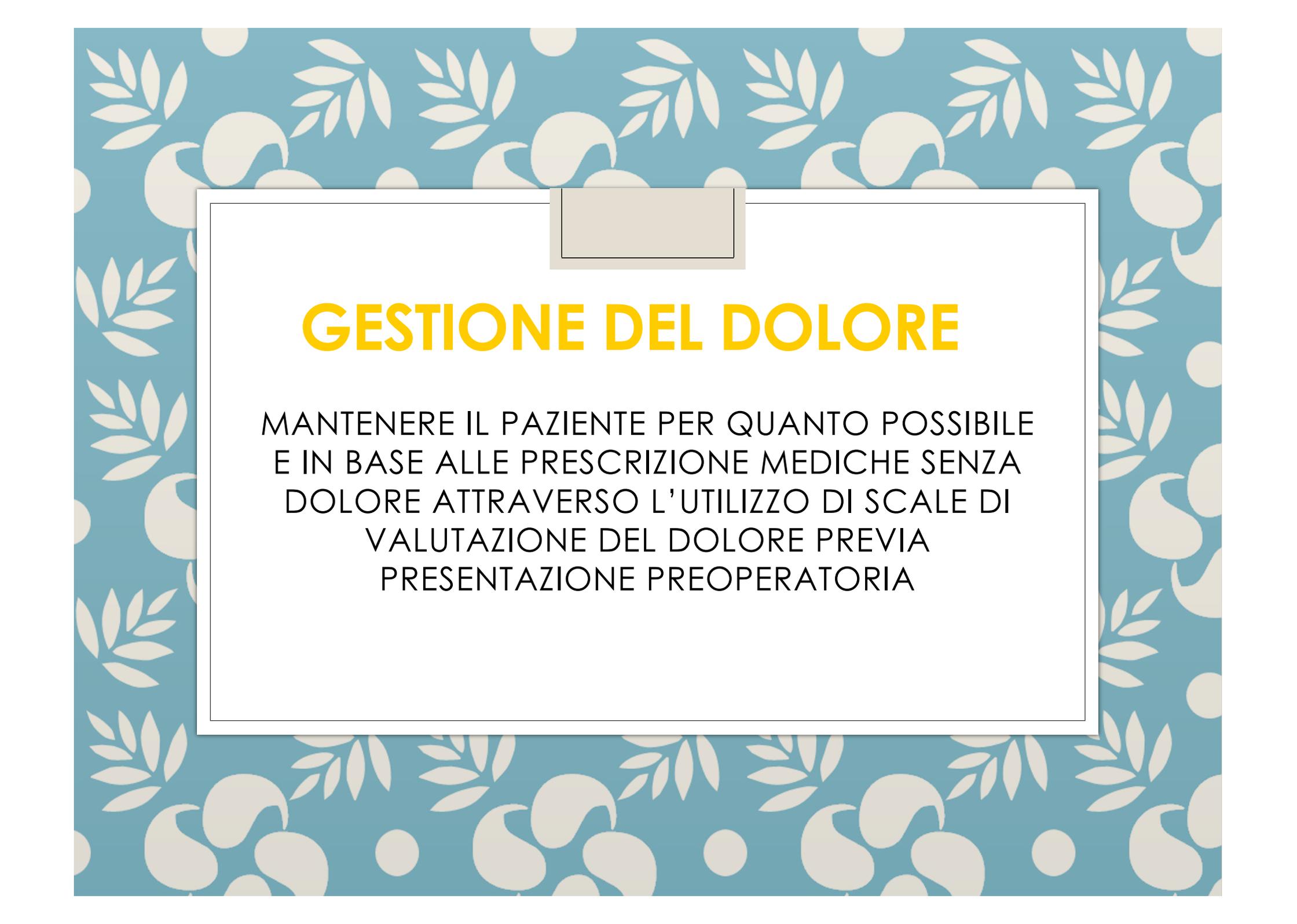
- **FUNZIONALITA' URINARIA**
- **FERITA**
- **MOBILITA'**
- **MOTILITA' INTESTINALE**
- **ALIMENTAZIONE**

ADEGUATA FUNZIONALITA' RESPIRATORIA

CONTROLLO VENTILAZIONE POLMONARE PER
PREVENIRE L' IPOSSIEMIA E L' IPERCAPNIA

CONTROLLARE:

- LA F.R
- La saturazione
- La presenza di cianosi
- L'EGA



GESTIONE DEL DOLORE

MANTENERE IL PAZIENTE PER QUANTO POSSIBILE
E IN BASE ALLE PRESCRIZIONE MEDICHE SENZA
DOLORE ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI SCALE DI
VALUTAZIONE DEL DOLORE PREVIA
PRESENTAZIONE PREOPERATORIA

ASSISTENZA DEL PAZIENTE IN CASO DI NAUSEA E VOMITO

CONTROLLO DEL PAZIENTE, SE HA SNG E SI
SENTE LA NAUSEA E' NECESSARIO ASPIRARLO
SE NON HA APPLICATO SNG E MANIFESTA
NAUSEA SE POSSIBILE METTERE IN POSIZIONE
LATERALE DI SICUREZZA

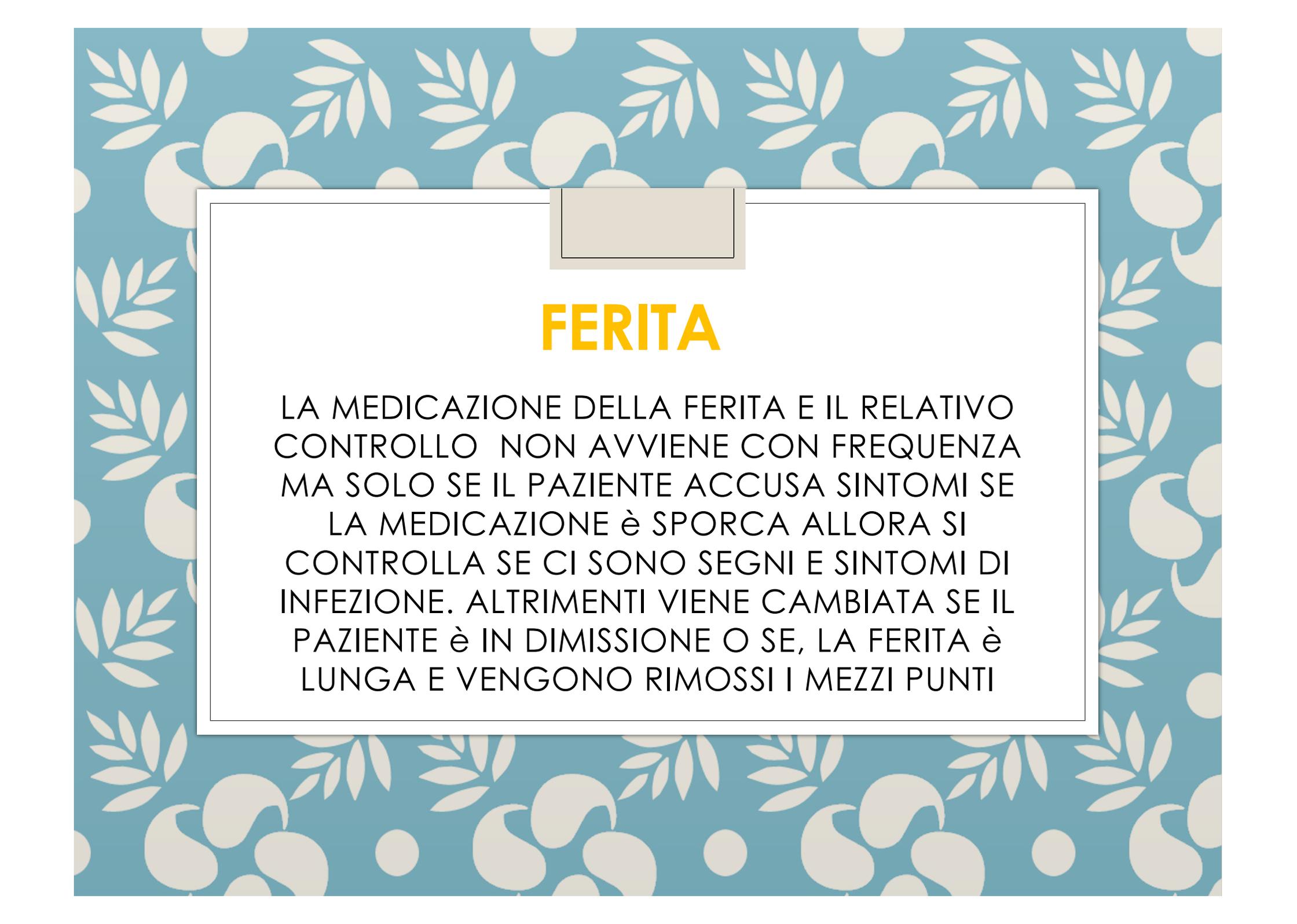
SETE E PERFUSIONE TISSUTALE APPORTO DI LIQUIDI

Questo monitoraggio di solito comprende la misurazione dei parametri vitali (temperatura, pressione arteriosa, polso e frequenza respiratoria), la misurazione dell'apporto e delle perdite di liquidi (bilancio idrico) e, spesso, la misurazione giornaliera del peso corporeo. La pressione arteriosa può essere monitorata con uno sfigmomanometro automatico, o può essere usato un catetere arterioso per un monitoraggio continuo della pressione arteriosa. Un sensore transcutaneo è allo stesso modo usato per la pulsossimetria.



FUNZIONALITA' RENALE

NEL POST-OPERATORIO I PAZIENTI NON
PORTATORI DI CATETERE VESCICALE SI
CONTROLLA CHE EFFETTUIANO LA MINIZIONE LA
SERA DEL GIORNO DELL'INTERVENTO E
PREVENIRE ATTRAVERSO IL CONTROLLO DELLA
DIURESIS LA RITENZIONE URINARIA



FERITA

LA MEDICAZIONE DELLA FERITA E IL RELATIVO CONTROLLO NON AVVIENE CON FREQUENZA MA SOLO SE IL PAZIENTE ACCUSA SINTOMI SE LA MEDICAZIONE È SPORCA ALLORA SI CONTROLLA SE CI SONO SEGNI E SINTOMI DI INFEZIONE. ALTRIMENTI VIENE CAMBIATA SE IL PAZIENTE È IN DIMISSIONE O SE, LA FERITA È LUNGA E VENGONO RIMOSSI I MEZZI PUNTI

MOBILITA'

LA MOBILITA' DEVE AVVENIRE QUANTO PRIMA IN QUANTO VA A PREVENIRE NUMEROSE COMPLICANZE CHE POTREBBERO VERIFICARSI. SE NON CI SONO CONTROINDICAZIONI E IN BASE ALLA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE PUO' ESSERE PRATICATA LA SERA STESSA DELL'INTERVENTO O IL GIORNO DOPO SE IL PAZIENTE NON PUO' EFFETTUARE UNA MOBILIZZAZIONE ATTIVA VERRA' PREVISTA UNA GINNASTICA PASSIVA

MOTILITA' INTESTINALE E ALIMENTAZIONE

LA PERISTALSIS SOPRATTUTTO DOPO UN'ANESTESIA GENERALE NON SI RIPRISTINA IMMEDIATAMENTE PER QUESTO ANCHE L'ALIMENTAZIONE VERRA' RIPRESA GRADUALMENTE ED E' IN STRETTA CORRELAZIONE ALL'ATTIVITA' INTESTINALE



BUON STUDIO