

CHIRURGIA PROF. SODO

LEZIONE 1 - ASSISTENZA PRE OPERATORIA

La fase preoperatoria inizia nel momento in cui viene programmato l'intervento chirurgico e termina quando il pz viene portato in sala operatoria. Questo periodo prima dell'intervento chirurgico viene considerato molto difficile, soprattutto se abbiamo a che fare con un intervento di chirurgia maggiore (come ad esempio resezioni dello stomaco o del colon) perché il pz risulterà essere più preoccupato. Quindi il ruolo dell'infermiere è quello di preparare, parlare, semplificare ciò che sta per succedere, cosa che risulta essere più difficile del previsto perché a volte si danno per scontato determinate cose, quindi bisogna essere più chiari possibili.

Molto importante è l'accoglienza che prevede:

- dare delle informazioni inerenti a come funziona e come è strutturato il reparto, dando le notizie più importanti, in modo che il paziente risulti essere meno impaurito (ovviamente se non si tratta di una urgenza*).
- N.b :DIFFERENZA TRA EMERGENZA E URGENZA: l'urgenza può essere differibile, cioè che ci deve essere almeno un minimo di programmazione, mentre l'emergenza richiede l'intervento immediato. Un esempio è la rottura dell'aneurisma dell'aorta addominale, il che significa che ad ogni sistole il pz perde intorno ai 100-150 cc di sangue e quindi rappresenta un'emergenza.
- della tipologia di intervento
 - rischio specifico di infezione, che è direttamente proporzionale al tipo di intervento. L'infermiere e tutta l'equipe deve cercare di ridurre il rischio di infezioni nosocomiali attraverso delle manovre.
 - intensità delle cure post operatorie e delle sue esigenze, che ovviamente dipende dal tipo di intervento. E questa intensità, e quindi il tipo di operazione, è molto importante da conoscere poiché influisce sul numero di infermieri che devono essere disponibili in reparto e sulla preparazione del materiale che può essere utile in post operatorio.
 - osservazione psicosociale: il paziente si trova di fronte ad una situazione carica di risvolti emotivi.
 - paura: il pz si trova in una situazione del tutto nuova e quindi dobbiamo cercare di razionalizzare la sua paura e apportare dei risultati emotivi positivi
 - indagini diagnostiche spesso sgradevoli
 - l'incertezza riguardo alla propria condizione patologica: ovviamente il personale sanitario deve far sì di essere il più chiaro possibile e spiegare la situazione, poiché il malato necessita di conoscere il suo stato attuale (infatti si fa firmare il consenso informato).
 - il timore di non svegliarsi dopo l'intervento dall'anestesia
 - la paura del dolore post operatorio
 - la possibilità di una mutilazione che possa cambiargli la vita

L'infermiere ha il compito di fornire supporto psicologico al pz, quanto basta per allentare lo stato d'ansia (in modo tale da avere riscontri positivi), oltre a provvedere allo stato di salute fisico.

Molto importante, come dicevamo prima, è il **CONSENSO INFORMATO** poiché è un documento che stabilisce che ogni individuo può essere sottoposto ai soli trattamenti medico chirurgici per i quali ha dato un valido consenso. Esso va compilato al momento del ricovero, poi se c'è necessità devo esibire dei consensi informati ben specifici a seconda della tipologia di indagini o di interventi che il pz eseguirà.

Il medico deve comunicare esplicitamente al pz tutto ciò che lo riguarda, come la sua condizione attuale, le possibilità diagnostiche terapeutiche, gli obiettivi perseguiti, le terapie suggerite, i rischi connessi alle pratiche effettuate e le complicanze che possono verificarsi. Ma questo vale anche per le manovre infermieristiche. Nel caso non si riesca a parlare con l'ammalato, si cerca una figura familiare a cui rivolgersi e spiegare tutto ciò a cui si va incontro.

Nel caso in cui le condizioni del paziente siano urgenti e non sia possibile avere un consenso, il medico deve intervenire immediatamente nell'esclusivo interesse del malato.

Il consenso è valido quando presenta i seguenti requisiti:

- deve essere richiesto per un trattamento necessario
- la persona che dà il consenso deve essere titolare del diritto: in caso di minori il diritto è esercitato dal tutore (firma di entrambi i genitori nel caso)
- la persona a cui viene richiesto il consenso deve ricevere informazioni chiare e comprensibili sia sulla sua malattia, sia sulle indicazioni terapeutiche.

Il giorno prima dell'intervento bisogna seguire determinate procedure:

- dieta leggera a basso contenuto di scorie, meglio se liquida. Da 6/10 ore prima dell'intervento il pz deve essere a digiuno assoluto, molto importante per evitare la polmonite ab ingestis. Compito dell'infermiere assicurarsi ciò.
- un clistere evacuativo per svuotare il colon distale, visto che più è libero l'intestino e più c'è garanzia per il decorso post operatorio e, così facendo, si facilita anche il compito dell'anestesista poiché rende l'anestesia più agevole.
- un sedativo che consenta al pz di dormire e di arrivare in sala operatoria ben riposato, cosa che attualmente si fa ben poco.

Cosa si fa ai fini dell'intervento? Se non siamo sicuri che il malato abbia rispettato il digiuno possiamo inserire un sondino naso gastrico per evitare un pericolo, meglio quando il malato è sveglio per il riflesso della deglutizione, che ovviamente viene a mancare quando dorme e quindi risulta essere più difficile. Invitare il pz a svuotare la vescica.

Fare tricotomia nel sito dell'intervento con rasoio elettrico o rasoio a freddo poco prima dell'intervento chirurgico in modo da non creare microlesioni nei giorni antecedenti. La tricotomia deve essere ampia perché a volte in sala operatoria si può avere la necessità di allungare la ferita per delle complicanze. Invitiamo il pz a indossare degli indumenti monouso, ossia un camice di carta e la cuffia (ovviamente non indumenti di fibra sintetica perché possono interferire con il bisturi elettrico).

Ovviamente vanno rimossi anche orecchini, anelli e molto altro. Tenere sempre il letto ungueale pulito per controllare l'ossigenazione periferica e assicurarsi che siano state rimosse le protesi mobili. Curare l'igiene del pz dalla sera prima e assicurarsi che sia stato correttamente identificato. Rilevare i parametri vitali e annotarli sulla scheda sia la sera prima che poco prima di scendere in sala perché può sempre cambiare qualcosa. Controllare che il pz sia stato sottoposto a tutte le indagini strumentali e che ci siano buoni risultati.

Controllare che sia stata effettuata la visita anestesiologicala e la pre-anestesia e invitare il pz a rimanere disteso dopo quest'ultima. Inviare tutta la documentazione in sala operatoria, ovviamente dopo che ci siamo accertati che sia stato firmato il consenso informato.

Da questo momento gli infermieri di reparto "consegnano" il malato nelle mani degli infermieri di sala operatoria. Durante l'operazione gli infermieri preparano il letto del pz in reparto e, in base alla tipologia di intervento, preparano tutto il necessario che può servire al malato nel post operatorio.

FASE INTRAOPERATORIA

La fase intraoperatoria inizia nel momento in cui il pz viene portato in sala operatoria e termina con il risveglio in sala risveglio.

In sala operatoria ritroveremo l'infermiere pulito, ossia lo strumentista, e l'infermiere sporco, che funge da aiuto al tutto il personale che gira in sala, e quindi non è sterile. L'infermiere di sala provvede alle esigenze dell'equipe durante l'atto operatorio, provvede al controllo di tutto ciò che è stato utilizzato durante l'intervento chirurgico e dell'immediato post operatorio, coordina il trasferimento del pz sul reparto o in terapia intensiva, svolge attività dirette a garantire una corretta e adeguata assistenza al pz a partire da disinfezione, sterilizzazione e preparazione dello strumentario chirurgico ed elettronico.

Lavoro importante che fa l'infermiere di sala, oltre a collaborare sia con l'anestesista che con il chirurgo, è segnare il numero di garze aperte per poi contarle a fine intervento, in modo tale da evitare che si possano dimenticare all'interno del corpo del pz stesso. Nel caso, per assicurarci che non ci siano effettivamente garze all'interno del pz, possiamo effettuare una radiografia visto

che ognuna di essa ha un filo radiopaco.

Tutto ciò che abbiamo detto riguardano interventi di routine, mentre discorso diverso è un intervento urgente visto che rappresenta un momento critico per la sala operatoria. In quest'ultimo caso ho bisogno della capacità di tutta l'equipe di coniugarsi, cercando di avere la stessa equipe abituatoria in modo tale che tutto proceda per il meglio.

PRECAUZIONI UNIVERSALI CHE NORMALMENTE UTILIZZIAMO IN SALA OPERATORIA

- lavaggio delle mani. Esso è diviso in: lavaggio sociale, che normalmente eseguiamo più frequentemente, lavaggio chirurgico, che dura dai 5 agli 8 minuti ed è quello usato in sala operatoria e che arriva ad insaponare e sciacquare fino ai gomiti, e il lavaggio antisettico.
- Utilizzo dei guanti
- utilizzo di camici e mascherine. Ovviamente si utilizzano perché senza di essi c'è il rischio di infezione.

Gli infermieri di sala operatoria conoscono la posizione in cui deve essere messo il pz da operare. Il letto operatorio è più stretto rispetto al letto di sala in modo da poter permettere al chirurgo di avvicinarsi di più e avere il pieno controllo della situazione.

Ovviamente la posizione, che sia prona, supina, in posizione ginecologica o laterale, dipende dal tipo di intervento che il pz deve effettuare. Per proteggere il malato ci sono degli strumenti che si agganciano al letto operatorio stesso, perché essendo incosciente potrebbe anche cadere.

Utilizzare dei presidi per evitare le ulcere da decubito nei casi il malato debba restare nella stessa posizione per più tempo. Prevenire l'eventuale allargamento dell'incisione chirurgica, anche se piccola. Evitare l'eccessiva compressione addominale. Evitare che gli arti vengano compressi da fasciature, infatti ci devono essere sempre delle protezioni per evitare ciò.

FASE POST OPERATORIA

Si realizza dal momento in cui il pz viene trasferito dalla sala operatoria alla sala risveglio.

L'infermiere deve controllare la respirazione, i parametri vitali, il livello di coscienza, le perdite ematiche, le somministrazioni.

Il pz, appena risvegliato dall'anestesia, non verrà condotto ovviamente subito in reparto, ma si troverà in questa sorta di sala risveglio in cui verrà controllato. Quando siamo certi che il malato abbia ripreso tutte le sue funzioni vitali e che non siano presenti complicazioni, come sanguinamento dal tubo di drenaggio posizionato precedentemente, possiamo trasferirlo in reparto.

Una volta in reparto, le fasi successive dell'assistenza devono essere rivolte alla ripresa fisica, dell'alimentazione e alla mobilizzazione del pz. La ripresa dell'alimentazione avviene nei giorni successivi in base al tipo di intervento, nel caso parlassimo di un intervento di chirurgia maggiore, visto che c'è stata l'anestesia generale, non può avvenire subito per l'ileo paralitico (ossia che l'intestino non effettua la normale peristalsi almeno fino a 24-48h dall'intervento).

Si tende a togliere il cuscino poiché la pressione della testa sul torace può dare soffocamento. Cercare di far stare il pz tranquillo e rilassato al risveglio. Monitorare costantemente il pz, iniziando dal momento in cui viene trasferito in reparto, e idratarlo. Controllare le medicazioni e i tubi di drenaggio. Posizionare e sistemare il pz nel letto. Abbassare le luci per favorire il sonno e verificare se necessita di analgesici.

Quando chiamare il medico? In caso di fuoriuscita di sangue rosso vivo dal tubo di drenaggio, se c'è oliguria o anuria, se il dolore è un dolore particolarmente intenso.

DIMISSIONI

Se è un intervento di piccola o media chirurgia, dopo 2-3 giorni spesso il malato può essere dimesso. Ovviamente il pz va istruito su come comportarsi una volta tornato a casa, ovviamente a seconda del tipo di intervento, ricordandogli che importante è la nutrizione bilanciata, esercizi polmonari e attività fisica. In caso di stomia, spiegare al pz come gestirla e renderlo il più autonomo possibile.

LIONETTI (SODO)

LEZIONE 2 PARTE 1 - LE INFEZIONI DEI TESSUTI MOLLI

1. Introduzione alle infezioni

Sono una serie di infezioni che possono andare dal banale brufolo o foruncolo fino a situazioni gangrenose che possono portare allo shock settico quindi portare alla morte del pz.

1.1. L'ASCESSO

Cos'è l'ascesso? (domanda che all'esame c'è sempre!!)

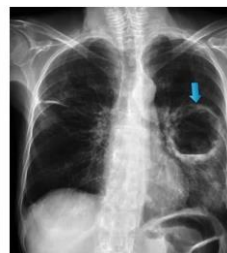
Raccolta di essudato purulento che si forma all'interno di cavità neoformate e la prima differenza da fare è rispetto all'empiema che è una raccolta purulenta (PUS) che si crea all'interno di cavità preesistenti.

ES. Se abbiamo una raccolta di pus nella colecisti non diciamo ascesso della colecisti ma empiema della colecisti perché la colecisti già c'è; se abbiamo pus nella pleura parliamo sempre di empiema non di ascesso pleurico.

Se l'ascesso si forma all'interno di tessuto epatico parleremo di ascesso epatico non di empiema.



Questo è un ascesso cutaneo, nella cute non c'è nessuna cavità preformata e comincia a raccogliersi pus che poi si ingrandisce.



Ascesso parotideo

Ascesso polmonare

Gli ascessi sono tipicamente formati da un centro necrotico (vi è necrosi cellulare) ricco di leucociti, neutrofili e cellule necrotiche del tessuto, circondato da uno strato di granulociti neutrofili ancora attivi e da un secondo strato (più esterno) costituito da tessuto connettivo riccamente vascolarizzato detto membrana piogenica (capsula fibrosa con alone iperemico) che cerca di limitare la diffusione del processo infettivo (PUS).

Questa capsula piogenica è una cosa che l'organismo forma per cercare di limitare la progressione del PUS, nell'empiema abbiamo la parete dell'organo che è stato invaso dal pus che di per sé rappresenta già un modo di contenerlo.

E' causato da infezione ad opera di microrganismi detti piogeni (Pio dal latino vuol dire PUS e genos, quindi formatori di PUS)

(++Streptococchi e ++Stafilococchi sono i principali).

Tra gli stafilococchi uno altamente temibile è il Meticillino resistente poiché è difficilissimo da combattere

(MRSAMETICILLINO RESISTENT STAPHYLOCOCCUS AREUS).

L'ascesso è caratterizzato da un decorso rapido e doloroso, con tutte le caratteristiche dell'infiammazione che sono: Dolore, calore, rossore, tumefazione e perdita di funzione.