

Ao6

Manuale per l'assistenza infermieristica in chirurgia generale e specialistica

Tomo I

a cura di
Rossana Alloni

Contributi di

Rossana Alloni, Vittorio Altomare, Giuseppina Campoli
Francesco Mallozzi S. Maria, Chiara Mevi, Sara Odoardi
Angela Orsini, Maria Chiara Pascarella, Annamaria Salerno
Rossana Sandomingo, Elvira Santoro, Assunta Scrocca
Leonilde Sica, Maria Cristina Tirindelli





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXX
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN OPERA COMPLETA 978-88-255-3602-7

ISBN TOMO I 978-88-255-3603-4

ISBN TOMO II 978-88-255-3604-1

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: settembre 2020

Indice

- 9 Presentazione
- 11 Indicazioni per lo studente che utilizzerà questo manuale
- 13 Introduzione. Assistenza infermieristica e chirurgia
Rossana Alloni, Maria Chiara Pascarella
- 15 Chirurgia generale e specialistica
Rossana Alloni
- 19 Evoluzione della tecnica chirurgica e dell'assistenza infermieristica
Rossana Alloni, Maria Chiara Pascarella
- 23 Il setting chirurgico
Rossana Alloni, Maria Chiara Pascarella, Leonilde Sica
- 29 I percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali
Angela Orsini
- 31 Qualità e sicurezza in chirurgia
Rossana Alloni

- 35 Protocolli per il buon uso del sangue
Maria Cristina Tirindelli
- 39 Le Infezioni In Chirurgia
Rossana Alloni
- 43 Nutrizione e alimentazione del paziente chirurgico, il protocollo ERAS
Angela Orsini
- 49 Il paziente sottoposto a chirurgia della tiroide
Francesco Mallozzi S. Maria, Rossana Alloni
- 59 Il paziente sottoposto a chirurgia della parete addominale
Rossana Alloni
- 75 Il paziente sottoposto a chirurgia dell'apparato digerente
Francesco Mallozzi S. Maria, Rossana Alloni
- 177 Il paziente sottoposto a chirurgia della milza
Rossana Alloni, Francesco Mallozzi S. Maria
- 183 Assistenza al paziente sottoposto a chirurgia urologica
Annamaria Salerno, Rossana Alloni
- 229 Il paziente portatore di stomia
Assunta Scrocca, Sara Odoardi, Giuseppina Campoli, Chiara Mevi, Elvira Santoro

271 La paziente sottoposta a chirurgia senologica
Vittorio Altomare, Rossana Sandomingo, Rossana Alloni

291 Autori

Presentazione

Questi volumi nascono dall'esperienza clinica e didattica dei docenti di Infermieristica Chirurgica dell'Università Campus Bio–Medico.

Il Manuale desidera essere uno strumento che accompagna lo studente nel corso delle lezioni e del tirocinio, senza la pretesa di esaurire gli argomenti (in particolare ciò che riguarda le singole malattie di interesse chirurgico) ma cercando di creare un ponte tra teoria e pratica clinica.

In particolare ci siamo proposti due obiettivi:

- motivare l'assistenza infermieristica con le modificazioni anatomiche e fisiopatologiche che avvengono nel paziente a causa della patologia e ancor più a causa dell'intervento chirurgico subito;
- fornire allo studente uno schema mentale basato sulla teoria dei bisogni fondamentali di V. Henderson in modo che nella pratica clinica sappia dare ordine alle nozioni che apprende e priorità al proprio lavoro assistenziale

Per ogni ambito chirurgico vengono proposti quindi i quadri clinici (come il paziente si presenta, nella pratica clinica) e gli interventi chirurgici (con una succinta spiegazione che ne illustra i passaggi fondamentali), da cui derivano gli interventi assistenziali infermieristici.

Mentre il primo volume è dedicato soprattutto alla chirurgia generale, nel secondo volume vengono presentati ambiti chirurgici specialistici e anche ambiti parachirurgici che oggi sono di fondamentale importanza per il contributo terapeutico che forniscono, sia come prima soluzione terapeutica che in seconda battuta su complicanze a breve e lungo termine: la radiologia interventistica, l'endoscopia. Il contributo infermieristico in questi campi è in parte ancora inespresso ma sarà sempre più rilevante nei prossimi decenni.

Abbiamo ritenuto importante dare spazio alle chirurgie specialistiche oggi in maggiore espansione, come l'Oftalmologia e la Otorinolaringoiatria, in cui l'assistenza infermieristica può davvero "fare la differenza" dal punto di vista del paziente e della qualità e sicurezza delle cure prestate.

Indicazioni per lo studente che utilizzerà questo manuale

Abbiamo dedicato la prima parte del primo volume a fornire allo studente una serie di nozioni che lo introducano all'ambiente, al modo di procedere, agli strumenti che la chirurgia utilizza per la cura del paziente. Abbiamo cercato di mantenere sempre la persona malata nell'orizzonte del nostro discorso, senza focalizzarci troppo su aspetti tecnici con il rischio di dimenticare che tutto lo sforzo scientifico e tecnologico ha sempre per protagonista il soggetto malato, che è persona prima ancora che paziente.

La chirurgia ha conosciuto un'evoluzione impressionante negli ultimi decenni ed è importante che lo studente apprezzi questo processo per poter partecipare alle ulteriori fasi. Per questo motivo il testo non ha fotografie ma ha una pagina web in cui si trova il materiale iconografico, che può essere fruito con maggiore facilità ed efficacia e potrà anche essere mantenuto aggiornato nel tempo.

Lo studio del nursing chirurgico non può prescindere da una conoscenza dell'anatomia e della fisiologia normali e delle alterazioni che il paziente subisce dapprima a causa della malattia e successivamente a causa dell'intervento chirurgico a cui è sottoposto.

Ogni capitolo, centrato su un paziente sottoposto a un certo tipo di chirurgia, si apre quindi con una descrizione sommaria della patologia che interessa quel distretto o apparato o organo e che contiene in primis gli elementi che servono per poter indirizzare il piano assistenziale. Già dopo questo primo paragrafo lo studente potrebbe iniziare a programmare degli interventi assistenziali mirati, facendo riferimento ai bisogni fondamentali e/o alle diagnosi infermieristiche specifiche, ma abbiamo preferito non esplicitare questa fase per non appesantire la struttura del testo. Oggi peraltro i pazienti arrivano all'attenzione del chirurgo — e quindi dell'infermiere — in una fase precoce di malattia, quindi di solito con alterazioni molto modeste dei bisogni

e dei parametri vitali. Tuttavia è importante che l'infermiere sappia riconoscere segni e sintomi della malattia per correlarli ai propri interventi assistenziali e soprattutto per notare nel postoperatorio quelle modificazioni che potrebbero essere importanti segni di comparsa di complicanze o eventi avversi.

A seguire viene presentato l'iter diagnostico strumentale, che in genere non si svolgerà durante la degenza ospedaliera ma che è importante conoscere, per poter dialogare con l'equipe e con il paziente.

Si arriva così alle "indicazioni terapeutiche" che vogliono riassumere le finalità con cui si intraprende la terapia chirurgica, di cui vengono a seguire illustrate le varie tipologie, con una breve descrizione dell'intervento chirurgico nelle sue fasi salienti. È molto importante che l'infermiere conosca il tipo di intervento a cui il paziente viene sottoposto, sappia quali fasi demolitive sono realizzate e a carico di quali organi, e quali tipi di ricostruzioni o riparazioni vengono realizzati: l'anatomia del paziente operato è molto differente, in genere, da quella del pre-operatorio e rende ragione di una serie di atti assistenziali e di attenzioni da parte dell'infermiere e del chirurgo, sempre mirati alla valutazione del decorso clinico e all'identificazione precoce delle possibili complicanze.

Se per ogni tipo di intervento viene descritta la fase preoperatoria, con alcune annotazioni molto pratiche su come preparare al meglio il paziente per l'atto chirurgico, molta più attenzione viene riservata alla fase postoperatoria, dove si pone l'accento su ciò che nel decorso postoperatorio può essere considerato "normale" e su ciò che risulta anomalo e deve essere oggetto di monitoraggio e di allarme. Quindi oltre ad elencare le alterazioni dei bisogni fondamentali (e le loro cause), sono spiegati segni e sintomi delle varie complicanze tenendo sempre conto del criterio clinico, cioè di quali complicanze sono più frequenti o più gravi. In questo modo lo studente potrà crearsi una mappa concettuale che gli consentirà di stabilire, nel lavoro clinico, le priorità e gli obiettivi propri e da condividere con il paziente e l'equipe medica.

Introduzione

Assistenza infermieristica e chirurgia

ROSSANA ALLONI, MARIA CHIARA PASCARELLA*

L'infermiere ha, nell'ambito chirurgico, un ruolo molto importante che si declina in professionalità differenti. Infatti troviamo l'infermiere sia in reparto che nel setting clinico ambulatoriale, sia in sala operatoria che in sala endoscopica o interventistica, con ruoli sempre differenti.

Stare accanto al paziente per supportarlo, per vegliare sulle sue condizioni psicofisiche e intervenire laddove sono da vicariare o sostenere, in stretta collaborazione con il medico per quanto riguarda il trattamento farmacologico, è realizzato in modi molto diversi a seconda dell'ambito in cui l'infermiere si trova a operare.

Senz'altro in chirurgia tutti i ruoli sono importanti ma il rapporto professionale nel team infermieristico e con i chirurghi ha una rilevanza speciale: si tratta di curare, insieme, pazienti fragili e traumatizzati dall'intervento come dalla malattia, sofferenti per il dolore fisico (che va combattuto!) e impauriti dalle limitazioni dovute al postoperatorio e a tanti dispositivi (cateteri, accessi venosi, protesi, ecc.) che sono estranei al loro mondo.

È molto diverso occuparsi del paziente in reparto o in sala operatoria, in apparenza chi strumentista (cioè porge i ferri al chirurgo) durante un intervento fa un lavoro lontano dal paziente (che per lo più è sedato o anestetizzato). Eppure è ugualmente importante per il paziente che ci sia questo infermiere, perché sarà il viso accogliente all'arrivo nel blocco operatorio, sarà l'affabile verificatore delle condizioni necessarie per poter eseguire l'intervento, sarà il garante della sicurezza del paziente (e degli operatori) controllando i materiali e i

* Rossana Alloni, professore associato di Chirurgia e direttore clinico – Università Campus Bio–Medico di Roma. Maria Chiara Pascarella, coordinatore infermieristico, tutor di Chirurgia – Policlinico Universitario Campus Bio–Medico di Roma.

dispositivi necessari per operare. . . Senz'altro manca quel rapporto continuativo che costruisce turno dopo turno un legame di alleanza terapeutica, ma anche in sala operatoria la figura infermieristica è davvero importante.

Nel setting clinico (reparto, ambulatori chirurgici) l'infermiere ha un compito preciso nella fase di reazione all'intervento chirurgico, fase che risente moltissimo dell'atteggiamento psicologico e quindi del supporto anche emotivo che si riceve, ma che è strettamente legata alle attività di monitoraggio e di immediato riconoscimento delle prime avvisaglie delle complicanze, oltre che all'azione sui fattori di rischio noti e modificabili. Un intervento potrebbe riuscire perfettamente da un punto di vista tecnico, della procedura chirurgica in sé, ma potrebbe avere poi un esito disastroso se nel postoperatorio mancasse un'attenta valutazione infermieristica (che come si vedrà più oltre non è solo rilevare dei parametri ma è saperli interpretare e trasmettere correttamente). Chi lavora in chirurgia finisce per sviluppare delle qualità molto peculiari: prontezza di intervento su certe situazioni cliniche, rapidità di azione anche nei gesti più comuni, definizione delle priorità davanti al programma di lavoro quotidiano o a un quadro clinico preoccupante o di emergenza/urgenza, capacità di empatia e di accettare una condivisione che in certi momenti è molto "fisica" della cooperazione tra chirurgo, infermiere e paziente.

Proprio perché la chirurgia "mette mano" sul e nel paziente, si sviluppa un rapporto molto stretto tra questo e i curanti, che siano medici o infermieri; probabilmente parte del fascino di questa disciplina viene proprio da questo speciale rapporto interumano.

Chirurgia generale e specialistica

ROSSANA ALLONI*

Con il termine “chirurgia generale” si intende per lo più l’attività chirurgica che non richiede una superspecializzazione a motivo delle peculiarità dell’organo/apparato malato o del suo metabolismo. Sono di pertinenza della chirurgia generale soprattutto le patologie addominali.

Nel corso dei secoli, la chirurgia è andata sviluppandosi dapprima come un’unica attività terapeutica che poteva essere applicata a tutti gli apparati ed organi, per poi settorializzarsi per esigenze tecniche e scientifiche. Mentre i grandi maestri fondatori della chirurgia (del 19° secolo soprattutto) si occupavano di pazienti ortopedici come di pazienti con tumori gastrointestinali o di pazienti vasculopatici, lo sviluppo delle tecniche chirurgiche e della chirurgia come scienza ha portato a creare scuole chirurgiche che si sono occupate prevalentemente di un apparato o di un tipo di patologie, ovviamente con un risultato migliore proprio per la dedicazione specifica ed intensa. Si sono andati così identificando settori della chirurgia in cui ci si occupa solo di un determinato apparato (ortopedia, ginecologia, urologia, senologia) o di un gruppo di patologie e di trattamenti (si pensi ad esempio alla chirurgia ricostruttiva, plastica ed estetica o alla chirurgia bariatrica o alla endocrinochirurgia). Alla Chirurgia generale, rimasta come prestigiosa erede degli aspetti più generali del trattamento chirurgico, sono affidate soprattutto competenze sulle patologie addominali, senz’altro le più diffuse e frequenti soprattutto a carico dell’apparato digerente; tuttavia il curriculum di studi del chirurgo generale comprende anche lo studio e il tirocinio in molte

* Rossana Alloni, professore associato di Chirurgia e direttore clinico – Università Campus Bio–Medico di Roma.

chirurgie specialistiche, per dare al chirurgo generale una visione più ampia delle problematiche chirurgiche.

Gli interventi in regime di urgenza ed emergenza sono eseguiti in genere da chirurghi generali e/o da chirurghi che si occupano soprattutto di pronto soccorso e quindi anche di pazienti traumatizzati e che hanno una preparazione specifica e competenze focalizzate su questo tipo di attività, che ha delle caratteristiche molto peculiari (tempi di intervento molto rapidi, pazienti instabili e a volte gravissimi, lesioni molteplici a carico di vari organi ed apparati e di diversa gravità, eccetera).

Lo sviluppo della scienza e della Medicina rende impossibile occuparsi di “tutto” e farlo in modo competente ed adeguato, quindi è ovvio che sia avvenuta questa scissione. A ricordare i grandi fondatori sono rimasti i nomi di molti strumenti chirurgici da loro inventati (e fatti realizzare a volte a loro spese): Kocher, Crile, Pean, Deaver, e il nome tuttora dato a determinati interventi chirurgici (gastrectomia secondo Billroth, ernioplastica secondo Bassini, ad esempio).

La chirurgia generale si occupa perciò soprattutto di chirurgia addominale e degli organi dell'apparato digerente; spesso un team di chirurghi generali comprende sottogruppi che si dedicano al trattamento chirurgico di alcune patologie sviluppando tecniche molto raffinate (ad esempio i gruppi che si occupano di chirurgia biliopancreatica).

Si sono invece autonomizzate alcune branche chirurgiche che sono ormai del tutto indipendenti dalla Chirurgia generale, con Scuole di specializzazione distinte e Unità operative autonome in quasi tutti gli ospedali. Per fare un esempio pratico, oggi l'Urologia è una branca molto sviluppata, che si avvale di tecniche chirurgiche tradizionali, miniinvasive, di radiologia interventistica, robotiche, applicate ad una casistica che comprende patologie oncologiche, funzionali, la litiasi (per cui esistono “stone center” specializzati nel trattamento dei calcoli renali), nonché patologie malformative dell'età pediatrica ed adulta. Altro esempio di branca chirurgica ormai autonoma, seppur con intense attività di collaborazione con altre specializzazioni chirurgiche, è la Chirurgia Ricostruttiva: l'assistenza ad un paziente sottoposto a intervento di chirurgia plastica può essere molto impegnativa e richiedere conoscenze specifiche, ad esempio quando il paziente ha subito ricostruzioni con lembi trapiantati con tecnica microchirurgica, oppure quando si tratta di zone del corpo molto complesse e delicate

(collo, volto) e di pazienti in condizioni di fragilità (pazienti ustionati o oncologici, ad esempio).

L'assistenza infermieristica in queste branche specialistiche è oggetto di una trattazione specifica in queste testo, data l'importanza che oggi queste attività chirurgiche hanno nel nostro Paese e la loro crescente diffusione.

Accanto alla chirurgia si sono poi sviluppate molte attività cliniche diagnostiche e terapeutiche "parachirurgiche" che hanno portato ad un enorme ampliamento delle opzioni di cura per patologie prima destinate unicamente all'intervento chirurgico. Il vantaggio per il paziente è molto rilevante, sia in termini di minore invasività che in termini di efficacia terapeutica. Per questo motivo in questo volume diamo spazio all'illustrazione delle attività di diagnosi e cura dell'Endoscopia e della Radiologia interventistica con tutte le indicazioni per l'assistenza infermieristica in questi ambiti di recente sviluppo, in cui il nursing probabilmente deve ancora consolidare la propria sfera d'azione.

Evoluzione della tecnica chirurgica e dell'assistenza infermieristica

ROSSANA ALLONI, MARIA CHIARA PASCARELLA*

La chirurgia ha conosciuto negli ultimi decenni cambiamenti molto importanti sia a livello tecnico che a livello assistenziale, cioè del modo in cui un paziente operato viene seguito sia dal chirurgo che dall'infermiere.

Le nuove tecnologie hanno molto modificato la tecnica chirurgica, in tutti i settori specialistici. Si pensi alla strumentazione monouso (non più di acciaio chirurgico, riutilizzabile dopo sterilizzazione), ai materiali protesici, ai bisturi ad ultrasuoni o che utilizzano altre forme di energia per coagulare e sezionare i tessuti, ai prodotti emostatici e sigillanti: solo qualche esempio della molteplice varietà di prodotti creati dall'ingegneria biomedica e che gli infermieri che lavorano in sala operatoria devono conoscere e saper maneggiare in modo appropriato (anche perchè questi dispositivi sono spesso molto costosi e quindi vanno utilizzati correttamente evitando sprechi e danneggiamenti). La chirurgia robotica è la più recente evoluzione della tecnologia in campo chirurgico e costituisce sia per i chirurghi che per gli infermieri un campo nuovo e una sfida culturale e professionale. Accanto a innegabili vantaggi per il paziente (maggiore precisione nella dissezione dei tessuti e quindi minore invasività dell'atto chirurgico, minore perdite di sangue, più rapida ripresa postoperatoria e riduzione della degenza, ecc.) l'uso del robot richiede di apprendere nuove tecniche, di imparare a gestire e mantenere strumenti costruiti *ad hoc* per le braccia del robot, modificare il lavoro in equipe durante l'intervento, perfino modificare l'assetto organizzativo della sala operatoria (per

* Rossana Alloni, professore associato di Chirurgia e direttore clinico – Università Campus Bio–Medico di Roma. Maria Chiara Pascarella, coordinatore infermieristico, tutor di Chirurgia – Policlinico Universitario Campus Bio–Medico di Roma.

le dimensioni del robot, che è abbastanza voluminoso). Gli alti costi di questa tecnologia per ora limitano il suo utilizzo, ma le sue potenzialità (operare a distanza o supportare da remoto un'equipe meno esperta, ad esempio; ma anche la capacità di operare in distretti in cui la mano umana fatica ad arrivare per la conformazione anatomica) fanno ipotizzare che si diffonderà ampiamente.

La progressiva introduzione delle tecniche mini-invasive ha portato una vera rivoluzione in quasi tutte le aree specialistiche chirurgiche: molti interventi un tempo assai demolitivi hanno perso questa loro caratteristica, con grande vantaggio per il paziente che si trova ad affrontare un postoperatorio meno doloroso e più breve; i chirurghi hanno dovuto imparare le nuove tecniche e di conseguenza acquisire una mentalità differente anche riguardo la gestione perioperatoria dei pazienti. Sulla spinta di queste innovazioni si sono messi in discussione alcuni temi che erano considerati capisaldi del trattamento chirurgico e dell'assistenza infermieristica al paziente operato: i drenaggi, la sonda nasogastrica, il digiuno perioperatorio, il trattamento delle ferite, eccetera. Come si vedrà nei capitoli successivi, è ormai diffusa la pratica delle rialimentazione precoce del paziente operato, anche quando sia stato operato su organi dell'apparato digerente (questo solo alcuni decenni fa sarebbe stato definito un'eresia), si assiste alla progressiva eliminazione di controlli postoperatori radiologici un tempo ritenuti indispensabili, insomma è evidente un processo di semplificazione delle pratiche assistenziali con l'eliminazione di ciò che negli studi scientifici più recenti si è rivelato inutile o addirittura controproducente. L'assistenza infermieristica si è modificata di conseguenza: oggi nei reparti gli infermieri usano apparecchiature di monitoraggio sofisticate, strumenti diagnostici in apparenza banali ma con alto contenuto tecnologico (si pensi ai glucometri), pompe infusionali di vario tipo e altri dispositivi per la somministrazione dei farmaci: tutto questo semplifica l'assistenza, per certi versi rende più agevoli e veloci alcune attività ma richiede una conoscenza tecnica e una competenza specifica inimmaginabile solo pochi decenni or sono.

Questi cambiamenti nel modo di esercitare la chirurgia hanno portato a una ridefinizione degli spazi fisici dell'ospedale e a molte modifiche organizzative: moltissime procedure oggi si realizzano in regime di day surgery e perciò sono ormai inutili i grandi reparti, con decine e decine di posti letto, mentre sono necessarie strutture che