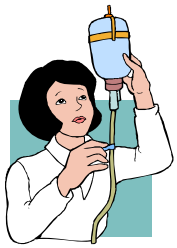
Cardiochirurgia
A.O. Caserta

U.O. C. di CARDIOCHIRURGIA
DIRETTORE DOTT. LUIGI PIAZZA
A.O.R.N. "S. ANNA E S. SEBASTIANO" - CASERTA

TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CARDIOCHIRURGICO
(PROCEDURE E RACCOMANDAZIONI ASSISTENZIALI)



A CURA DI:
DR. F.P. TRITTO DIRIGENTE MEDICO I° LIVELLO
COORDINATRICE INFERMIERISTICA DOTT.SSA D.A.I. MARIA TERESA PEYER
Tel. 0823/232624 Fax. 0823/232621

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

"Curare è un'attenzione squisita alla vita,
una precisione costante,una sorta di eleganza negli atti,
una presenza e una sorta di percezione molto attenta
che osserva i minimi segni.
E' una sorta di opera, di poema
che la sollecitudine intelligente compone".

La Coordinatrice Infermieristica

Maria Teresa Peyer

Malati e Infermieri in una antica stampa *(civiche raccolte A. Bertarelli del Castello Sforzesco di Milano - g.c.)*

PRESENTAZIONE DR. LUIGI PIAZZA

Presentare questo manuale di procedure e raccomandazioni asssistenziali per il trattamento del paziente cardiochirurgico è per me motivo di grande orgoglio.

In anni difficili quali quelli che stiamo vivendo in cui spesso la Sanità è stata presentata come Malasanità, ritengo che questo testo possa rappresentare una risposta concreta dell'aspettativa dei pazienti e non solo di una migliore qualità del servizio assistenziale.

E' doveroso quindi da parte mia e di tutti quelli che hanno a cuore le sorti della cardiochirurgia aziendale ringraziare il Dr. F.P. Tritto e la Dott.ssa M. T. Peyer che hanno realizzato quest' opera che rappresenta un punto di riferimento non solo per i giovani che per la prima volta si avvicinano ad un paziente cardiochirurgico ma anche per coloro che pur avendo alle spalle una consolidata pratica quotidiana, vedono un riconoscimento ed una riaffermazione della correttezza del proprio operato.

Direttore U.O.C.

Dr. Luigi Piazza

PREMESSA

Per un reparto di recente istituzione si pone la necessità di cominciare da zero. La nostra cardiochirurgia infatti ha solo 5 anni d'età ed ha avuto la fortuna di nascere in una struttura completamente nuova. Ciò ha permesso di fare un discorso di qualità assistenziale ottimale sin dai primi passi, anche per la presenza di personale giovane infermieristico motivato. La stretta collaborazione medici-infermieri svolge un ruolo fondamentale nella realizzazione degli obiettivi desiderati.

Abbiamo così istituito uno standard per ogni procedura assistenziale, al fine di ottenere il massimo, con risultati che si evidenziano non solo con la qualità erogata, ma anche nella soddisfazione espressa dai pazienti ed in senso lato sulla popolazione che usufruisce del nostro servizio.

Il manuale comprende tutte le procedure relative alla accoglienza, sorveglianza e cure del paziente ricoverato presso il reparto di degenza di cardiochirurgia.

Ogni capitolo è affrontato schematicamente e documentato con figure e bibliografia, al fine di renderne più facile la comprensione. Si va dal primo approccio al paziente in regime di pre-ricovero, alle cure pre e post-operatorie cardiochirurgiche, fino alla sua dimissione.

La nostra volontà a pubblicare il lavoro, avendo noi già stilato protocolli di indubbia utilità, viene dal desiderio di condividere la nostra esperienza e di trasmetterla a chi svolge e/o svolgerà la propria attività assistenziale infermieristica in un mondo, cardiochirurgico, così interessante e in via di continua evoluzione.

Dott. Francesco Paolo Tritto
Dirigente medico 1° livello
U.O.Cardiochirurgia

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, all'interno della professione infermieristica, si è delineata e diffusa la convinzione che lo sviluppo scientifico, culturale e sociale dell'assistenza infermieristica sia strettamente consequenziale alla piena valorizzazione di una *competenza specifica dell'infermiere* nell'ambito dell'assistenza sanitaria, in grado di produrre - a favore delle persone assistite - *'propri' risultati di salute sostenuti da prove cliniche di efficacia (Evidence-Based Nursing).*

Nella cosiddetta "epoca del post-mansionario",cioè in un nuovo contesto giuridico e professionale che regolamenta il ruolo e le funzioni dell'infermiere ormai sgravate dai limiti impliciti in un'elencazione di atti esecutivi di tipo tecnico, il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone all'infermiere il possesso di un *articolato bagaglio metodologico, tecnico e re l a z i o n a l e* da utilizzare in ambito clinico ed organizzativo.

Si tratta, ad esempio, di definire, introdurre e sperimentare nuovi approcci e nuovi strumenti per orientare la pratica professionale verso l'*appropriatezza*, l'*efficacia* e l'*efficienza* delle prestazioni, di organizzare l'assistenza infermieristica secondo *modelli gestionali 'per processi '*, profondamente integrati e multiprofessionali, poiché la 'buona salute' non può essere considerata un esito di cui dispone una singola professionalità, di fondare la valutazione, la decisione e l'azione clinica sulle *conoscenze prodotte dalla ricerca* e su adeguati *indicatori* e *standard*, mediante l'opportuno ricorso a strumenti quali ***linee-guida, raccomandazioni, percorsi clinico-assistenziali, protocolli e procedure.***

La Coordinatrice Infermieristica

Maria Teresa Peyer

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

CHIARIAMO ALCUNE DEFINIZIONI……..

In questi ultimi anni si è assistito ad un utilizzo sempre maggiore dei termini:

- linee guida
- protocolli
- procedure
- raccomandazioni

per descrivere in modo più o meno dettagliato l'erogazione dell'assistenza.

La procedura infermieristica è considerata la forma di standardizzazione più elementare. Essa formalizza una ***tecnica infermieristica semplice*** (ad esempio: l'iniezione intramuscolare, il drenaggio posturale, il rilievo della temperatura corporea, ecc.) o ***complessa*** (ad esempio: il monitoraggio dei parametri clinici nel periodo post-operatorio, il controllo delle infezioni urinarie nelle persone portatrici di catetere vescicale, la valutazione dello stato di nutrizione-idratazione, ecc.). Rappresenta, pertanto, uno strumento finalizzato prevalentemente al controllo della ***qualità tecnica di una sequenza lineare di comportamenti***, anche indipendentemente dalla sua appropriatezza

La ***linea guida***, secondo la classica definizione dell'*American Institute of Medicine*, è un insieme di ***raccomandazioni sviluppate in modo sistematico*** (cioè basate sulle prove scientifiche esistenti a favore o contro un determinato intervento) allo scopo di ***sostenere medici, infermieri ed utenti nelle decisioni da prendere***. Essa, dunque, non viene concepita come uno schema di sequenze comportamentali da seguire ed applicare in modo rigido, ma come una sintesi ragionata delle migliori informazioni scientifiche disponibili circa le modalità di diagnosi, cura ed assistenza più appropriate in un determinato contesto, realizzata allo scopo di facilitare il ***decision making*** di un professionista e dello stesso paziente.

Il protocollo, è uno strumento informativo che definisce un modello formalizzato di comportamento professionale; esso descrive una successione di azioni fisiche, mentali, verbali con le quali l'infermiere/gli operatori raggiungono un determinato obiettivo.

La raccomandazione., E' un insieme di azioni non vincolanti, perché pur nella loro correttezza, non sono ancora state raccolte nella forma di una procedura, di un protocollo, di una linea guida.

La forza delle raccomandazioni fa riferimento alla probabilità che la sua applicazione pratica possa determinare miglioramenti dello stato di salute della popolazione a cui sono rivolte e pertanto dipende dalla valutazione complessiva del livello di prova, dell'applicabilità delle singole raccomandazioni, dalle difficoltà previste nella loro applicazione nonché dal grado con cui la singola raccomandazione possa essere accettata da un punto di vista culturale e sociale. Le raccomandazioni sono a loro volta graduate in classi. Le classi con le lettere maiuscola A, B, C, D.

TABELLA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE USATA DAL CDC PER DETERMINARE LA FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

CATEGORIA	DEFINIZIONE	RACCOMANDAZIONE
A	Forte evidenza per efficacia e benefici clinici sostanziali	Fortemente raccomandata
B	Forte o moderata evidenza per efficacia, ma benefici clinici limitati	Generalmente raccomandata
C	Evidenza per efficacia insufficiente, o non considera eventuali effetti avversi	Opzionale
D	Moderata evidenza contro l'utilizzo	Generalmente non raccomandata
E	Forte evidenza contro l'efficacia	Mai raccomandata

TABELLA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE USATO DAL CDC PER DETERMINARE LA QUALITÀ DELLA RACCOMANDAZIONE CHE SUPPORTA L'EVIDENZA

Categoria	Definizione
I	Evidenza proveniente da almeno un trial controllato e randomizzato eseguito correttamente
II	Evidenza proveniente da almeno un trial clinico non randomizzato; studio di coorte o studio analitico caso- controllato(preferibilmente di più centri); studi multipli in serie cronologica o evento drammatico di esperimenti non controllati.
III	Evidenza tratta dalle opinioni di autorità basate su esperienze cliniche, studi descrittivi o rapporti di comitati di esperti.

INDICE DELLE PROCEDURE E DELLE RACCOMANDAZIONI

CAPITOLO I° IL PAZIENTE CARDIOCHIRURGICO

- **IL PRE RICOVERO**
- **PROTOCOLLO PER L'EFFETTUAZIONE DELLE INDAGINI DI PRE – RICOVERO**
- **PROTOCOLLO PER L'ACCOGLIMENTO IN REPARTO DI DEGENZA**

CAPITOLO II° LA PREPARAZIONE FISICA ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

- **DOCCIA PRE – OPERATORIA**
- **TRICOTOMIA**
- **CLISTERE EVACUATIVO**
- **IL LAVAGGIO DELLE MANI**
- **ACCESSO ALLA SALA OPERATORIA E ALLA TERAPIA INTENSIVA**

CAPITOLO III° PROCEDURE INFERMIERISTICHE : OPERATIVITA'

PARAMETRI VITALI E TERAPIE

- **PROCEDURA PER ELETTROCARDIOGRAMMA**
- **PROCEDURA PER RILIEVO PRESSIONE ARTERIOSA**
- **PROCEDURA PER LA MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA**
- **PROCEDURA PER L'AEROSOLTERAPIA**
- **PROCEDURA PER EROGAZIONE OSSIGENO**
- **PROCEDURA PER LA TERAPIA INTRAMUSCOLARE**
- **PROCEDURA PER LA TERAPIA ENDOVENOSA**

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

DRENAGGI E MEDICAZIONI

- **PROCEDURA CATETERE VESCICALE**
- **PROCEDURA GESTIONE DRENAGGI TORACICI**
- **PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA CANNULA TRACHEOSTOMICA**

- **GESTIONE FERITA CHIRURGICA – STERNALE**
- **PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E CURA DELLE ULCERE DA PRESSIONE**
- **PROCEDURA POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO CENTRALE**

DIAGNOSI E TERAPIA SUI LIQUIDI

- **PROCEDURA PRELIEVO VENOSO**
- **PROCEDURA PER EMOCULTURA**
- **PROCEDURA PER EMOGASANALISI**
- **PROCEDURA PERICARDIOCENTESI**
- **PROCEDURA TORACENTESI**
- **PROCEDURA RACCOLTA URINE**
- **PROCEDURA PER URINOCULTURA**
- **PROCEDURA PER L'ESPETTORATO**

CAPITOLO IV° L'EMERGENZA

- **PROCEDURA PER LE MANOVRE SALVAVITA**
- **IL CARRELLO DELL'EMERGENZA**

CAPITOLO V° EDUCAZIONE SANITARIA

- **CONSIGLI PER LA CONVALESCENZA**
- **GUIDA ALLA TERAPIA ANTICOAGULANTE (T.A.O.)**

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

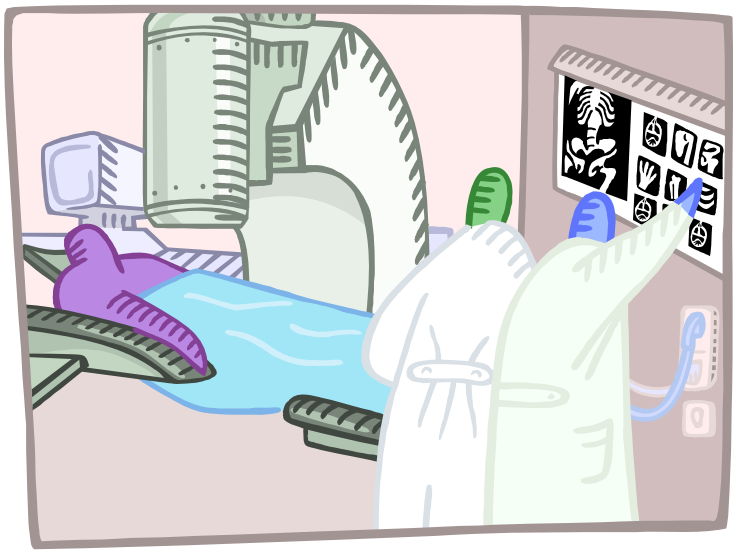
CAPITOLO VI° Le parole delL'OSPEDALE

- **PICCOLO GLOSSARIO**

INTRODUZIONE AL CAPITOLO I°

Il paziente che deve essere operato al cuore va inquadrato in tutti i suoi aspetti.

L'indicazione all'intervento chirurgico scaturisce da una ***valutazione globale*** che comprenda non solo la malattia cardiaca, ma anche qualunque altra patologia, nonchè naturalmente le abitudini di vita e l'età. La visita in regime di pre-ricovero, con i relativi esami strumentali da effettuare,e che comprenda un'attenta analisi di tutti questi fattori, è la giusta premessa ad una buona riuscita di un intervento chirurgico. La prima accoglienza ha un ruolo psicologico fondamentale di conoscenza da parte dei pazienti dell'ambiente nel quale dovrà vivere durante il periodo di ricovero e soprattutto delle cure alle quali verrà sottoposto.



Cardiochirurgia
A.O. Caserta

CAPITOLO I° IL PAZIENTE CARDIOCHIRURGICO

INTRODUZIONE

L’inquadramento del paziente cardiopatico nell’ottica del possibile trattamento chirurgico richiede il massimo impegno e precisione nella collezione di ogni aspetto utile a determinare non solo la diagnosi, ma soprattutto l’entità della compromissione funzionale soggettiva ed oggettiva.

Per queste considerazioni è opportuno, prima di procedere all’esame dell’iter diagnostico strumentale, valutare l’importanza del momento dell’osservazione del paziente .

Tale fase è importante per definire il corretto momento dell’indicazione chirurgica, la scelta della terapia chirurgica più appropriata, il trattamento post-operatorio, gli indirizzi terapeutici e profilattici alla dimissione.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

IL PRE RICOVERO

Consta di una serie di controlli specialistici che insieme ad altre procedure, hanno lo scopo di preparare il paziente ad affrontare l’intervento chirurgico nelle migliori condizioni . Il ricovero dovrà avvenire entro 30 giorni dalla data di pre ricovero.

Si effettua tutti i giorni , tranne il sabato dalle ore 8.30.

CHE COSA FA L'INFERMIERE DI PRE – RICOVERO?

L'infermiere accoglie il paziente e provvede a:
compilare la scheda di pre – ricovero e si accerta che il paziente abbia con se:
Documenti quali:
carta d' identita'
codice fiscale
tessera sanitaria.

Provvede a:

- rilevare i parametri clinici (P.A, F.C., F.R, , peso, altezza)
- effettuare un prelievo ematico,
- effettuare un tracciato E.C.G.

Programmare tutta una serie di indagini strumentali quali:

- rx torace
- ecocardiogramma
- doppler dei vasi carotidei (T.S.A..)

Inoltre se è un paziente con problemi valvolari, per evitare gravi infezioni al cuore si fara' eseguire al paziente anche una visita **"odontoiatrica"** per riconoscere se ci sono carie o infezioni ai denti.

Farà eseguire un controllo dello stato dei polmoni **(prove di funzionalita' respiratoria)** in quanto questi nei primi giorni dopo l'intervento sarà sottoposto a numerosi esercizi respiratori per riprendere una buona funzionalità respiratoria

U.O. C. di CARDIOCHIRURGIA
Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

Cardiochirurgia A.O. Caserta	PROTOCOLLO PER L'EFFETTUAZIONE DELLE INDAGINI DI PRE - RICOVERO	DATA: Novembre 2002 REV. N. 1 PAG. N. 1

ESAMI DI LABORATORIO

Glicemia, Azotemia, Creatinemia, Acido urico, Colesterolo, Trigliceridi, Bilirubina Tot., Dir., Ind., Proteine Tot., Calcio, Fosforo, Sodio, Potassio, Sideremia, Cpk, Ldh, Transaminasi, Fosfatasi alcalina, Amilasi, Amilasi Pancreatica, Colinesterasi, Q.P.E., Emocromo con F., Piastrine, Fibrinogeno, Antitrombina III, PT, PTT, Ves, Magniesemia, Gamma GT, P.B.J., es. urine, Markers: HbsAg, anti HCV, HIV, TPHA (richiesta a parte) Emogruppo (richiesta in duplice copia)

INDAGINI STRUMENTALI

- **RX torace (per paz. già operati deve essere effettuato in posizione latero - laterale)**
- **Doppler TSA**
- **E.C.G.**
- **Ecocardiogramma**
- **Prove di funzionalità respiratoria (spirometria)**
- **Rx ortopantomografia (in pazienti valvolari e con problemi dentari)**
-

DEVE EFFETTUARE LE SEGUENTI CONSULENZE

- **Consulenza pneumologica in caso di BPCO**
- **consulenza odontostomatologica, (per eventuale pulizia della bocca, in paz. valvolare**

Cardiochirurgia A.O. Caserta

AZIENDA OSPEDALIERA – "S, SEBASTIANO" CASERTA
U.O. CARDIOCHIRURGIA/DEGENZA
DIRETTORE DOTT. L. PIAZZA

SCHEDA PRE-RICOVERO / CARDIOCHIRURGICO

SIG./SIG.RA_____ NATO/A IL _____

PRE-RICOVERO. EFFETTUATO IL _____

ESAMI	EFFETTUATI	DA EFFETTUARE	IN ATTESA
ESAMI STRUMENTALI	[]_____	[] _____	[] _____
ECOCARDIOGRAMMA	[]_____	[] _____	[] _____
DOPPLER TSA	[]_____	[] _____	[] _____
TRANS-ESOFAGEO	[]_____	[] _____	[] _____
CORONAROGRAFIA	[]_____	[] _____	[] _____
GASTROSCOPIA	[]_____	[] _____	[] _____
ORTOPANTOMOGRAFIA	[]_____	[] _____	[] _____

CONSULENZE_____
_____
_____

DEPOSITO SANGUE O DONATORI []_____SI_____ [] ___NO_____

TERAPIA ANTIAGGREGANTE SOSPENDERE DAL_____

DIAGNOSI _____

NOTE _____

L'INFERMIERE COMPILATORE
_____

IL MEDICO SPECIALISTA
_____

U.O. C. di CARDIOCHIRURGIA

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

Cardiochirurgia A.O. Caserta	PROTOCOLLO PER L'ACCOGLIMENTO NEL REPARTO DI DEGENZA	DATA: Novembre 2002 REV. N. 1 PAG. N. 3

AMMISSIONE

All'atto dell'accoglienza, bisogna garantire nella relazione con il cliente:

¨ massima professionalità e competenza
¨ chiarezza nell'informazione
¨ disponibilità
¨ privacy

Il protocollo di accoglienza deve indicare:

- come avviene la presentazione e la prima accoglienza
- le figure professionali coinvolte
- qual è il contenuto delle informazioni da dare al paziente
- come avviene la registrazione amministrativa del paziente (accettazione)
- pianificazione assistenziale
- come avviene l'esame fisico (visita medica)
- come vengono effettuate le prescrizioni mediche
- come l'attività deve essere documentata nella cartella clinica/ infermieristica

Strumenti per migliorare l'informazione

Al momento dell'accoglimento dei pazienti dei familiari viene consegnato un documento informativo (opuscolo) per rendere più agevole la vita in reparto illustrando le attività svolte, gli orari, le modalità di accesso e di dimissione.

Standard previsti

- Presenza del protocollo per ricovero programmato, urgente, o per trasferimento.
- Consegna del documento informativo al momento dell'accoglimento
- Caposala o almeno un infermiere dedicato all'accoglienza
- Luogo per garantire la privacy durante il colloquio di prima accoglienza
- Chi accoglie deve essere identificabile attraverso il cartellino di riconoscimento, presentarsi ed essere gentile e cortese

PROCEDURA

All' ammissione del paziente in reparto l'infermiere provvede

- accertarsi se il paziente è in possesso di documenti riguardanti precedenti ricoveri e l'attuale patologia, ed inserirli in cartella clinica (al termine del ricovero vanno riconsegnati al paziente). far firmare il retro della cartella clinica al paziente.

- accertarsi che il paziente ed i familiari siano stati informati della vita di reparto

- registrare il nome del paziente sull'agenda ed in bacheca (data di nascita , dieta , numero di cartella clinica)

- programmare ulteriori le indagini ematiche o integrare quelle già effettuate

- compilare la cartella infermieristica con i dati anagrafici e reperisce un numero di tel. per eventuali comunicazioni si familiari,

- raccogliere notizie su terapie farmacologiche in atto, eventuali allergie a farmaci od altro, e segnalare le malattie importanti.

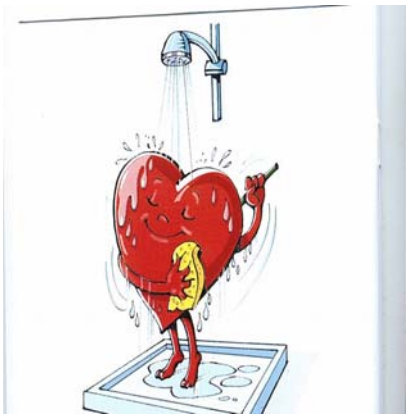
- valutare i bisogni del paziente ed annotarli nella cc. infermieristica

TABELLA RIASSUNTIVA

Situazione assistenziale	**Razionale scientifico/ organizzativo**	**Mezzi/ strumenti**	**Professionalità/organizzazione**
1. Prima accoglienza: • *raccolta dati anagrafici* • *controllo della documentazione consegnata dal paziente* • *compilazione con i dati anagrafici raccolti delle schede e cartelle in uso nella unità operativa*	Importanza dell'esatta identificazione della persona Il controllo della documentazione consegnata consente di disporre di referti necessari, e di comporre la cartella clinica ai fini medico-legali	*strumenti di documentazione*	*Infermiere o infermiere coordinatore* *COMPETENZE* • *nessuna decisionalità* • *richiesta attenzione nella esatta compilazione* • *competenze sociali (cortesia, educazione)*

INTRODUZIONE AL CAPITOLO II°

Le infezioni rappresentano una tra le complicanze più temibili in chirurgia, e soprattutto in quella cardiaca. La mediastinite è tra queste la più grave e a volte anche a rischio della vita. Un attento controllo dell'ingresso di germi dall'esterno del reparto si associa ad una ***meticolosa preparazione*** del paziente prima dell'intervento al fine di portarlo al tavolo operatorio con un rischio infettivo basso. Le regole di asepsi devono essere osservate con scrupolo da parte di tutti gli operatori, sia nel reparto di degenza che in sala operatoria e terapia intensiva.



CAPITOLO II° LA PREPARAZIONE FISICA ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

PREMESSA

La chirurgia ha subito notevoli mutamenti nel corso degli ultimi anni; l'introduzione di tecniche sempre più innovative, la riduzione dei tempi di ricovero, la Day Surgery, l'innalzamento dell'età media dei pazienti sottoposti ad intervento sono solo alcuni degli indicatori di questi cambiamenti. Anche la risposta assistenziale è mutata e sta mutando, in relazione all'insorgenza dei nuovi bisogni della popolazione che accede a tali prestazioni.

Pertanto è necessario erogare un'assistenza sempre meno di tipo "empirico", focalizzata sull'assistenza all'utente secondo un approccio di tipo scientifico (p. es. pratiche assistenziali basate su prove di efficacia), ed una maggior razionalizzazione delle risorse e della spesa sanitaria.

Il nuovo contesto che si viene a delineare richiama quindi tutti i professionisti della Sanità alla revisione sistematica di pratiche assistenziali ed alla necessità di programmare e regolamentare il proprio operato; di conseguenza diviene imprescindibile creare ed implementare sistematicamente nuovi strumenti di lavoro che supportino l'operatore nel quotidiano, quali procedure e protocolli. Le infezioni del sito chirurgico (SSI), rappresentano la terza causa delle infezioni nosocomiali fra le p.a. ospedalizzate. Fra le cause possono essere segnalate l'aumento delle p.a. sottoposte ad intervento chirurgico, l'invecchiamento della popolazione e la presenza di co-morbilità. Esiste inoltre evidenza che alcuni interventi implementati dai professionisti sanitari contribuiscono ad aumentare il rischio di sviluppare SSI. In particolare, singoli studi ed una revisione sistematica hanno suggerito che la pratica di eseguire la tricotomia attraverso l'uso di rasoi aumenta l'incidenza delle infezioni chirurgiche post-operatorie, sfatando il mito della tricotomia come strategia preventiva al rischio infettivo.

Terminologia, abbreviazioni, simboli

CDC = Centers for Disease Control and Prevention

OTA = Operatore tecnico addetto all'assistenza

OSS = Operatore Socio Sanitario

p.a. = Persona assistita

S.O. = Sala operatoria

SSI = Surgical Site Infection: infezione del sito chirurgico

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**DOCCIA PRE – OPERATORIA**	DATA: Novembre 2006 REV. N. 2 PAG. N. 2

RISORSE NECESSARIE

UMANE - un operatore sanitario (infermiere, ostetrica) per informare la p.a. sullo scopo della procedura e sulle modalità di effettuazione della tecnica

- Un OTA o OSS per ausilio se la p.a. non è autosufficiente, per il rifacimento del letto, lo smaltimento del materiale ed il ripristino dei locali

STRUTTURALI - bagno di reparto dove sia presente una doccia (vasca in alternativa)

MATERIALI - spugna monouso o personale; confezione (preferibilmente monodose) di antisettico a base di clorexidina o iodopovidone in soluzione saponosa; teli puliti; indumenti puliti; biancheria pulita; asciugacapelli.

TECNICA

• Chiedere alla p.a. se accusa allergie ad antisettici e/o detergenti

• Informare la p.a. sulla necessità e l'importanza di eseguire la doccia pre-operatoria

• Verificare l'idoneità e la sicurezza dell'ambiente: microclima, livello igienico dei sanitari, barriere architettoniche

• Indicare alla p.a. i locali igienici e illustrare le modalità di utilizzo

• Fornire il materiale necessario all'esecuzione della doccia

• Informare la p.a. sulle modalità di eseguire la doccia

Cardiochirurgia A.O. Caserta

1. effettuare risciacquo di viso e corpo
2. procedere al lavaggio con antisettico in senso cranio – caudale:

a. lavaggio capelli

b. pulizia del viso, naso e orecchie

c. lavaggio del tronco (attenzione a ascelle e inguine)

d. lavaggio della zona genitale e anale

e. lavaggio di gambe e piedi

3. procedere al risciacquo del corpo

4. asciugare tutte le parti con asciugamano pulito

5. indossare biancheria e indumenti puliti

6. asciugare i capelli con il phon

• Sostituire la biancheria al letto dell'utente

• Smaltire il materiale utilizzato dall'utente

• Ripristinare l'ambiente utilizzato dall'utente per fare la doccia

RACCOMANDAZIONI

• Essere di supporto alla p.a. qualora l'apprendimento risulti difficoltoso

• Informare la p.a. sul rischio ototossico della clorexidina

• Valutare la presenza di reazioni allergiche e se presenti avvertire il medico

• **Eccezioni**: intervento chirurgico urgente, p.a. non autosufficiente (eseguire bagno a letto)

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**TRICOTOMIA** **CON RASOIO CLIPPER**	DATA: Novembre 2005 REV. N. 1 PAG. N. 3

PREMESSA

La contaminazione microbica della cute può essere responsabile di SSI. Ricerche sulla prevenzione delle SSI hanno tuttavia evidenziato che la tricotomia non diminuisce il rischio infettivo; in ogni caso, anche se i CDC 2 suggeriscono di non rimuovere capelli, peli e/o peluria, deve essere tenuto in considerazione il problema del potenziale accesso alle zone e la visibilità del campo operatorio. La tricotomia può rendersi necessaria per diverse ragioni, ma non deve essere considerata misura di prevenzione delle SSI e deve essere effettuata nella **stretta prossimità del sito di incisione** (circa 20 centimetri) in modo da rendere possibile l'applicazione della medicazione e da trovare un equo compromesso di spazi.

E' dimostrato come l'incidenza di infezione, a parità di tecnica impiegata, sia correlata al tempo intercorrente tra esecuzione della tricotomia e intervento chirurgico (3,1% di infezioni se la tricotomia viene effettuata poco prima dell'ingresso della p.a. in sala operatoria; 7,1% nelle 24 ore antecedenti; 20% se effettuata in tempi maggiori3). Nella realtà operativa motivi organizzativi, carenze di risorsebumane, priorità assistenziali non sempre permettono l'esecuzione sistematica della tricotomia nell'immediato pre-operatorio; ove ciò non sia possibile è consigliabile eseguire la tricotomia la sera del giorno antecedente l'intervento (circa ore 21) utilizzando un sistema a basso rischio (es. rasoio elettrico).

E' dimostrato come la tricotomia eseguita con rasoio elettrico sia più sicura, indolore, riduca i tempi di esecuzione di almeno la metà e comporti minor rischio di infezione rispetto all'utilizzo delle lamette e all'uso di creme depilatorie; l'operatore sanitario, in collaborazione con il chirurgo, deve comunque valutare in ogni singolo caso l'opportunità di impiegare il rasoio elettrico al posto di quello monouso,utilizzando i seguenti criteri di scelta:

• ampiezza della zona sottoposta a tricotomia

• particolarità e delicatezza della zona (cavo ascellare, inguine, genitali, zona perineale..)

• cute non integra

• ipersensibilità cutanea.

Per la tricotomia chirurgica, il rasoio elettrico costituisce un'alternativa al rasoio tradizionale.

VANTAGGI

• Rasatura dei peli a filo della cute senza causare graffi o tagli

• Maneggevolezza dello strumento (con testina rotante) con accesso anche a sedi del corpo più difficili

• Eliminazione di microtraumi, abrasioni o tagli

• Uso di una sola lama per area depilata

• Eliminazione di materiale aggiuntivo (sapone, garza, telini)

• Riduzione dei tempi assistenziali

• Minor rischio di colonizzazione batterica, rispetto alla procedura della depilazione tradizionale

RISORSE NECESSARIE

UMANE un operatore sanitario

STRUTTURALI locale apposito o garanzia della privacy (se effettuata a letto)

MATERIALI clipper, testina monouso, guanti monouso, telo pulito, contenitore per taglienti

TECNICA

• Informare la p.a. e fornire le opportune motivazioni

• Invitare la p.a. a detergere la zona che deve essere sottoposta a tricotomia o eseguirla se non è autonoma

• Garantire la privacy

• Far assumere la posizione più idonea all'esecuzione della tecnica

• Procedere alla tricotomia nella zona in cui è prevista l'incisione chirurgica

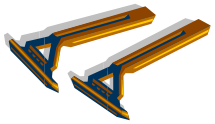
• Invitare la persona a lavarsi o aiutarla se necessario

• Controllare l’area depilata

• Smaltire il materiale utilizzato negli appositi contenitori

• Effettuare la manutenzione del clipper dopo l’utilizzo

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	TRICOTOMIA  **CON RASOIO MONOUSO**	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 2

VANTAGGI/SVANTAGGI

- Rasatura totale del pelo, ma con possibilità di causare graffi o traumi
- Difficoltà di accesso a zone anatomicamente difficili da depilare, quali il cavo ascellare e le pieghe inguinali
- Utilizzo di più rasoi per un area più grande
- Minor costo del singolo rasoio

RISORSE

UMANE un operatore sanitario

STRUTTURALI locale appartato o garanzia della privacy (se effettuata a letto)

MATERIALI più rasoi tradizionali monouso, detergente liquido a base di clorexidina, garze, asciugamano, traversa di protezione o telo monouso, bacinella pulita contenente acqua tiepida, guanti monouso, contenitore per taglienti

TECNICA

- Informare la persona sulla procedura e fornire opportune motivazioni
- Garantire la privacy
- Predisporre il materiale occorrente
- Far assumere la posizione più idonea esponendo la zona da sottoporre a tricotomia. Apporre traversa o telini puliti

• Procedere alla tricotomia:

1. inumidire e insaponare la zona da radere nella zona in cui è prevista l'incisione chirurgica

2. radere la zona interessata e procedere lungo il filo di crescita del pelo (evitare il contropelo) con movimenti rapidi e decisi

3. sciacquare spesso il rasoio per evitare l'ammassamento di peli sulla lama

4. sostituire il rasoio con uno nuovo se non è più consentita una rasatura agevole

5. sciacquare la zona con acqua pulita e asciugare

• Controllare l'area depilata

• Smaltire il materiale utilizzato negli appositi contenitori (la bacinella deve essere lavata con detergente e disinfettata con ipoclorito di sodio 1%)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

• Centres for Disease Control and Prevention *"Linee guida per la prevenzione dell'infezione del sito chirurgico"*Giornale Italiano Infezioni Ospedaliere 1999; 6: 167-195

• Assistenza Infermieristica e ricerca *"L'assistenza al paziente nel pre e post operatorio. Parte I. L'assistenza al paziente nel pre operatorio."* 2000; 4: 249-253

• Kjonniksen, Andersen, Sondenaa, Segadal *"Preoperative hair removal – a systematic literature review"*2002; IAORN 75, 5: 928-940

• Mangram, Horan, Pearson, Silver, Jarvis *"The hospital infection control practices advisory committee, guidline for the prevention of surgical site infection"* 1999

• JBI *"The impact of pre operative hair removal on surgical site infection"*Best practice 2003; vol 7, 2, Blackwell Publishing Asia, Australia

• Ayliffe GAJ *"Post operative wound infection"* Critique II, I wound care 1996; 5: 331-2

• Ayliffe GAJ et al. *"A comparison of pre operative bathing with chlorexidine detergent and noo medicated soap in the prevention of wound infection"*J Hosp Infect 1983; 3: 237-244

• Paulson DS *"Efficacy evaluation of a 4% chlorhexidine gluconate as a full – body shower wash"* Am J Infect Control 1993; 21 (4): 205-9

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**CLISTERE EVACUATIVO**	DATA: Novembre 2002 REV. N. 1 PAG. N. 2

PREMESSA

Introduzione di acqua, sostanze medicamentose o nutritive nell'ultimo tratto dell'intestino per via rettale a scopo evacuativo e
terapeutico. E' sinonimo di enteroclisma.
Può essere effettuato in tre modalità, a seconda dell'altezza dell'irrigatore rispetto al piano del letto:
alta pressione (80 – 90 cm)
pressione media (50 cm)
bassa pressione (30 cm)
La modalità dipende dal tipo di effetto che si vuole ottenere e dal tipo di utente a cui viene fatta la prestazione.

MATERIALE NECESSARIO

acqua tiepida (37 – 39 ° c)
irrigatore con prolunga
olio o farmaco lassativo prescritto
supporto regolabile in altezza
sonda rettale del calibro adeguato e lubrificante
clisterini monouso (sorbiclis)
cerata e traversa (se viene eseguita a letto) ;
paravento (se viene eseguita in stanza non singola);
guanti monouso non sterili;

contenitore per rifiuti
garze non sterili;
pannolone, padella o comoda se l'utente non riesce a raggiungere un bagno in tempo utile;
occorrente per l'igiene.

IRRIGATORE

Preparare la soluzione di acqua e farmaco specifico (su prescrizione medica)

Collegare la sonda al deflussore dell'irrrigatore

Far scendere il liquido lentamente, invitando il paziente a trattenere il liquido

Nel caso in cui il paziente presentasse sintomi e/o segni di malessere, sospendere la procedura

Estrarre la sonda clampando il deflussore

CLISTERE MONOUSO

Il clistere monouso può essere eseguito sia a scopo evacuativo che a scopo terapeutico (in caso di farmaci prescritti dal medico).

È necessario utilizzare una necessario sonda rettale del calibro adeguato per iniettare il medicamento

PROCEDURA

Sistemare la padella o il pannolone se si teme che il paziente non possa trattenere il liquido (se autonomo la procedura avviene presso il locale bagno e dare tutte le informazioni affinché esegui da solo le manovre oppure aiutarlo nell'esecuzione)

raccordare la sonda con il deflussore introdurre il farmaco lentamente rimuovere la sonda senza sraccordarla dal deflussore invitare il paziente a trattenere il farmaco il più possibile

Al termine della soluzione o a beneficio ottenuto, rimuovere la sonda e provvedere all'igiene dell'utente, (se autonomo invitare il paziente ad eseguire l'igiene intima)

LA PREPARAZIONE FISICA
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Operatore ***Descrizione dell'attività***	***INFERMIERE***	***PERSONALE DI SUPPORTO***
Preparazione materiale	**R**	**C**
Esecuzione delle procedure	**R**	**C**
Informazione ed educazione alla p.a.	**R**	**C**
Controllo presidi pre e post - utilizzo	**R**	**R**
Tutela della privacy	**R**	**R**
Pulizia e disinfezione ambientale, riordino locali	**R**	**R**
Sostituzione biancheria	**R**	**R**

Legenda: *R = responsabile C = coinvolto*

Cardiochirurgia A.O. Caserta	PROTOCOLLO PER IL LAVAGGIO DELLE MANI	DATA: Novembre 2002 REV. N. 1 PAG. N. 6

PROBLEMA

Le mani degli Operatori Sanitari rappresentano la più efficiente modalità di trasmissione delle infezioni ospedaliere (IO). Pertanto il lavaggio delle mani rappresenta la più importante delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere.

OBIETTIVO

Ridurre la carica microbica presente sulle mani e prevenire la trasmissione alle aree non contaminate, quali i pazienti, gli Operatori Sanitari e lo strumentario.

SOMMARIO

1. Lavaggio sociale delle mani
2. Lavaggio antisettico delle mani
3. Lavaggio chirurgico delle mani
4. Raccomandazioni
5. Responsabilità
6. Matrice delle responsabilità
7. Bibliografia principale di riferimento

Cardiochirurgia A.O. Caserta

LAVAGGIO SOCIALE DELLE MANI

1.1. Scopo
Il lavaggio delle mani rappresenta da solo il mezzo più importante ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni.
Serve ad allontanare fisicamente lo sporco e la maggior parte della flora transitoria della cute.

1.2. Applicabilità
La gestione dell'attività descritta è applicata, quali prassi ordinaria, da tutti gli operatori sanitari a garanzia delle igiene personale e dell'assistito per la prevenzione delle infezioni

Quando:
ad inizio e fine turno, prima e dopo la distribuzione degli alimenti, prima e dopo l'uso dei servizi igienici, prima e dopo il rifacimento dei letti, dopo ogni contatto con i pazienti, prima e dopo l'uso dei guanti, prima e dopo la somministrazione di terapie, dopo essersi soffiati il naso.

Come:
1) Bagnare ed insaponare le mani con sapone liquido;
2) Strofinare accuratamente con particolare attenzione agli spazi ungueali e interdigitali, per 15-30 sec. ;
3) Risciacquare abbondantemente con acqua corrente;
4) Asciugare bene con salviette monouso, o con carta o con asciugamano monodipendente;
5) Utilizzare l'ultima salvietta per chiudere eventualmente il rubinetto.

LAVAGGIO ANTISETTICO DELLE MANI

2.1. Scopo
a) Prevenire le infezioni ospedaliere
b) Distruggere rapidamente tutta la flora occasionale e di ridurre la carica microbica della flora residente

2.2. Applicabilità
Usi diversi da quelli indicati in seguito o utilizzo dell'antisettico dove non sia richiesto non solo non danno vantaggi dal punto di vista microbiologico, ma possono procurare anche dermatiti da contatto e concomitanti variazioni della flora residente

2.3. Modalità operative
Materiale :
- Detergente antisettico iodio povidone o clorexidina
- Salviette monouso

Quando:
prima e dopo procedure invasive, in occasione di tecniche che richiedano l'utilizzo di guanti sterili,
prima di assistere pazienti immunodepressi, dopo il contatto con pazienti contagiosi, dopo l'esecuzione di medicazioni infette o dopo manipolazione di secreti, escreti, sangue o altri materiali biologici, dopo contatto accidentale con materiale biologico

Come:
1) Bagnare mani e polsi con acqua corrente
2) Applicare uniformemente 5 ml di soluzione antisettica con detergente;
3) Frizionare accuratamente unghie, dita, palmi e dorsi delle mani, polsi e parte degli avambracci per almeno 1 minuto
4) Sciacquare accuratamente sotto l'acqua corrente
5) Asciugare con salviette monouso (tamponando)
6) Se non c'è rubinetto a gomito o pedale con la salvietta chiudere il rubinetto.

LAVAGGIO CHIRURGICO DELLE MANI

3.1. Scopo
1) Prevenire le infezioni ospedaliere
2) Rimuovere lo sporco e la flora transitoria da unghie, manie e avambracci.
3) Ridurre al minimo la flora resistente
4) Inibire la rapida crescita dei microrganismi.

3.2. Applicabilità
La corretta esecuzione della procedura descritta è applicata da parte di tutta l'équipe chirurgica prima di interventi chirurgici.

3.3. Modalità operative
Materiale
1) Detergente antisettico iodio povidone o clorexidina
2) Spazzole monouso sterili
3) Telini sterili monouso

Come:
1) Regolare la temperatura dell'acqua alla temperatura più confortevole;
2) Bagnare uniformemente mani e avambracci fino a 2 dita al di sopra della piega dei gomiti,

tenendo le mani più alte rispetto ai gomiti;
3) Prendere uno spazzolino sterile, bagnarlo e applicarvi sopra l'antisettico

4) Distribuire uniformemente 5 ml di soluzione antisettica, premendo la leva del dispenser con il gomito
5) Strofinare accuratamente facendo particolare attenzione agli spazi ungueali ed interdigitali per 3 minuti, procedendo in un unico senso dalle mani ai gomiti;
6) Risciacquare prima le mani e dopo gli avambracci avendo cura di tenere le mani al disopra del livello dei gomiti per evitare che l'acqua dagli avambracci coli sulle mani.
7) Spazzolare le unghie per 30 secondi per mano, quindi lasciar cadere lo spazzolino nel lavandino; dorso e avambracci non vanno spazzolati
8) Risciacquare mani e avambracci come precedente detto
9) Asciugare mani e avambracci con un panno sterile per mano : va asciugato prima ciascun dito, quindi la restante parte della mano, e ,da ultimo l'avambraccio sino alla piega del gomito con movimento circolare, avendo cura di non ripassare dall'avambraccio alla mano.

RACCOMANDAZIONI

I medici e gli infermieri devono tenere le unghie corte e ben curate, senza smalto e non devono indossare né orologi o altri monili.
La cute delle loro mani deve essere integra e non presentare ferite ed escoriazioni.
La temperatura dell'acqua consigliata è di 37 °c poiché a temperature inferiori si ha un vaso costrizione e un restringimento dei pori che impediscono la penetrazione dell'antisettico; viceversa, temperature superiori possono provocare irritazione cutanea nonché il passaggio in superficie di germi residenti in profondità.
In caso di accidentale contatto con superfici o oggetti non sterili durante il lavaggio delle mani, è indispensabile ripetere la procedura dall'inizio.
Gli erogatori di antisettico devono essere a muro e provvisti di apposita leva per funzionamento a gomito; quando vuoti, se riutilizzabili, devono essere lavati e sterilizzati prima del successivo riempimento. Asciugare le mani tamponandole e non strofinandole. Scegliere prodotti, tra quelli consigliati, in base alla sensibilità individuale.
L'uso delle creme dermo protettive è consigliato solo fuori dell'orario di servizio perché i contenitori delle stesse potrebbero essere contaminati e, pertanto, aumentare la flora batterica residente delle mani.

RESPONSABILITA'

La responsabilità di effettuare correttamente il lavaggio delle mani spetta a tutto il personale sanitario che effettua procedure assistenziali. Il direttore della U.O. deve portare a conoscenza di tutto il personale medico alle proprie dipendenze (strutturato e non) la procedura adottata dall'Azienda relativamente al lavaggio delle mani. Il direttore di farmacie è responsabile della regolare fornitura di prodotti disinfettanti idonei a tale scopo e riconosciuti scientificamente validi.

I capi sala, devono portare a conoscenza di tutto il personale alle proprie dipendenze la procedura in questione, e devono assicurare il regolare rifornimento e l'idoneo immagazzinamento dei prodotti necessari.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FASI	FUNZIONI			
	Cs.	Inf.	Oss	Med.
Richiesta materiale disinfettante	R	R		
Approvvigionamento materiale		R	C	
Divulgazione della procedura	R	R	C	R

BIBLIOGRAFIA

- Catananti C Gambieri A: "Igiene e tecnica ospedaliera". Il pensiero scientifico Editore. Roma 1990.
- Centers for Disease Control: guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere. Edizione italiana a cura di: De Giacomi G.V., Moro M.L. Istituto Superiore di Sanità. 1989
- Circolare n.52 Ministero della Sanità 20.12.85: "lotta contro le infezioni ospedaliere".
- Circolare n. 8 Ministero della Sanità 30.1.88: "lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- Curti C, Malacrida GA, Moro ML: la farmacia ospedaliera e il controllo delle infezioni. Manuale finanziato dal progetto C.N.R. "malattie da infezione - sottoprogetto epidemiologia. Istituto Superiore di Sanità, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera. 1989.
- Finzi G: pulizia, antisepsi, disinfezione e sterilizzazione in ospedale. Servizio ospedaliero S. Orsola-Malpighi, II Edizione, Bologna 1988.
-. Gelain R : "la sterilizzazione dei rifiuti ospedalieri" u&c, n.2 febbraio 1994
- Ministero della Sanità, Commissione per la lotta contro l'AIDS: "Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo dell'infezione da HIV. Roma 6 settembre 1989.
- Moro ML : Infezioni ospedaliere, prevenzione e controllo. Centro scientifico editore. 1993 Torino.
- O.M.S.: "linee guida sulla trasmissione da HIV", 1988.
- Raitano A: antisepsi e disinfezione in ospedale. OEMF 1990 Milano.
- Anin, C. Spairani, T. Lavalle: "Procedure, protocolli e linee guida di assistenza infermieristica". Masson 2003.

ALLEGATO N.1

TECNICHE DI LAVAGGIO DELLE MANI

Tecnica	Agente	Tempo
Lavaggio semplice o sociale	Acqua e detergente liquido	15 – 30 secondi
Lavaggio antisettico	Acqua ed antisettico liquido	1 – 3 minuti
Lavaggio chirurgico	Acqua e antisettico liquido	3 – 10 minuti

a. Lavaggio mani

- *Palmo contro palmo*
- *Palmo contro il dorso, intrecciando le dita*
- *Palmo contro palmo, intrecciando le dita*
- *Dita serrate*
- *Pollice*
- *Dita contro il palmo*
- *Avambracci*

a 1.
Palmo contro palmo

a 2.
Palmo contro il dorso, intrecciando le dita

a 3.
Palmo contro palmo, intrecciando le dita

a 4.
Dita serrate

a 5.
Pollice

a 6.
Dita contro **il palmo**

Avambracci

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*

Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER L'ACCESSO AL BLOCCO OPERATORIO E ALLA TERAPIA INTENSIVA DI CARDIOCHIRURGIA**	DATA: Novembre 2002 REV. N. 1 PAG. N. 2

SCOPO

Prevenire il propagarsi di infezioni sia nel blocco operatorio che in terapia intensiva.

PROCEDURA

L'accesso in tali locali è consentito solo al personale autorizzato.

Esiste una **"zona filtro"** ove il personale vi arriva già cambiato, indossando la divisa di color bianco e calzando un paio di zoccoli di colore bianco

All'interno di questa zona ci si ricambia nuovamente indossando una divisa di colore blu e calzando un paio di zoccoli di colore arancione

Con tale vestiario si può accedere sia alla sala operatoria che alla terapia intensiva.

Per accedere nuovamente fuori da questi locali, ci si deve nuovamente cambiare. (si indossa divisa bianca)

Il vestiario usato viene inviato in lavanderia, mentre gli zoccoli vengono sterilizzati presso la centrale di sterilizzazione della cardiochirurgia.

VERIFICA

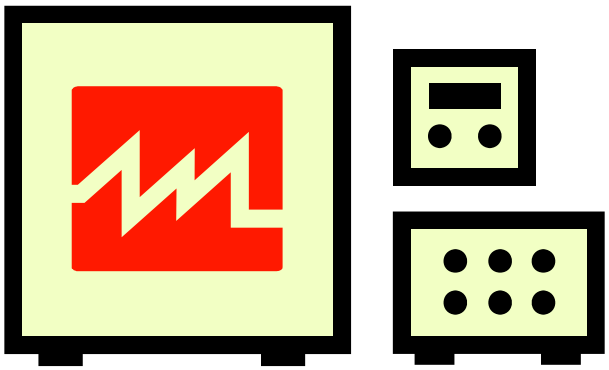
Avviene controllando l'abbigliamento che indossa il personale

Divisa
pre-zona filtro

Divisa
per sala operatoria
e terapia intensiva

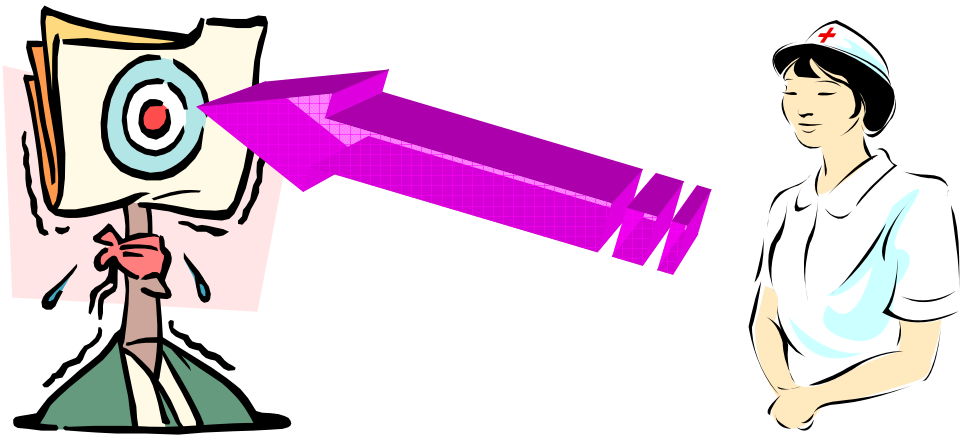
INTRODUZIONE AL CAPITOLO III°

Essendo il cuore la pompa dell'organismo, i ***parametri vitali*** emodinamici vanno accuratamente monitorati e sorvegliati. Elettrocardiogramma, pressione arteriosa, pressione venosa centrale, controllo della diuresi, anche la semplice temperatura corporea, devono essere quindi rilevati rispettando le procedure descritte al fine di rendere affidabili ed utilizzabili tali parametri, così come una corretta metodica di prelievo, ematico e non, permette la realizzazione di corrette diagnosi. La conoscenza della gestione di condizioni particolari, come i pazienti portatori di cannula tracheostomica e di drenaggi toracici, compete all'infermiere al letto di un ammalato cardiochirurgico. Ferite chirurgiche e ulcere di qualunque tipo vanno trattate con accurata asepsi, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze.

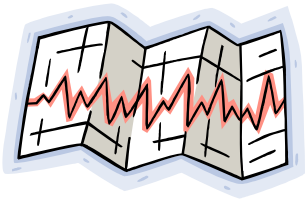


CAPITOLO III° PROCEDURE INFERMIERISTICHE : OPERATIVITA’

La procedura infermieristica è considerata la forma di standardizzazione più elementare. Essa formalizza una tecnica infermieristica semplice (ad esempio: l’iniezione intramuscolare, il drenaggio posturale, il rilievo della temperatura corporea, ecc.) o complessa (ad esempio: il monitoraggio dei parametri clinici nel periodo post-operatorio, il controllo delle infezioni urinarie nelle persone portatrici di catetere vescicale, la valutazione dello stato di nutrizione-idratazione, ecc.). Rappresenta, pertanto, uno strumento finalizzato prevalentemente al controllo della qualità tecnica di una sequenza lineare di comportamenti, anche indipendentemente dalla sua appropriatezza.



Parametri VITALI e terapia



I parametri vitali, anche denominati segni vitali, sono temperatura corporea, pressione arteriosa etcc..

Questi parametri sono indicatori significativi delle funzioni interne del corpo¸infatti, modificazioni in ognuno di questi valori può indicare una alterazione dello stato di salute del paziente.

Nell'ambito dei valori di normalità ci sono variazioni individuali di questi parametri dovute ad alcuni fattori quali: l'ora del girono e l'età del paziente, lo stato emotivo, l'attività fisica svolta, ed il rapporto con i pasti.

Il rilievo dei parametri è da collocare nella fase della raccolta darti che è uno dei momenti fondamentali del piano di assistenza.

REGOLA DELLE 6 G

GIUSTO FARMACO

GIUSTO PAZIENTE

GIUSTO ORARIO

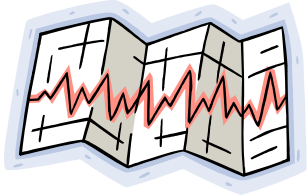
GIUSTA VIA DI SOMMINISTRAZIONE

GIUSTA DOSE

GIUSTA REGISTRAZIONE

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER L'ELETTROCARDIOGRAMMA** 	DATA: Novembre 2002 REV. N. 1 PAG. N. 3

DEFINIZIONE

Rappresentazione grafica dell'attività elettrica del muscolo cardiaco

SCOPO

Valutazione della funzionalità cardiaca normale e patologica.

MATERIALE

E' necessario:

- Elettrocardiografo completo
- pasta conduttrice
- salviette monouso

Cardiochirurgia A.O. Caserta

PROCEDURA

- identificare il paziente
- informare il paziente
- garantire la privacy

- lavare le mani
- togliere eventuali oggetti metallici al paziente
- controllare l’apparecchio che sia funzionante e adeguato
- inserire i dati del paziente nell’elettrocardiografo
- posizionare il paziente (supino)
- scoprire polsi, torace e caviglie
- applicare pasta conduttrice per le derivazioni

DERIVAZIONI PERIFERICHE

Si distinguono in unipolari o bipolari:

- rosso - braccio destro
- giallo – braccio sinistro
- verde – gamba sinistra
- nero - gamba destra

1) D1 va dal braccio sinistro al braccio destro
2) D2 va dalla gamba sinistra al braccio destro
3) D3 va dalla gamba sinistra al braccio sinistro
4) AVR è sul braccio destra
5) AVL è sul braccio sinistro
6) AVF è sulla gamba sinistra

DERIVAZIONI PRECORDIALI

V1 – 4 spazio intercostale margino-sternale di destra

V2 – 4 spazio intercostale margino-sternale di sinistra

V3- punto intermedio tra V2 e V4

V4- 5 spazio intercostale sulla linea emiclaveare di sinistra

V5 – sulla stessa linea orizzontale di V4 sull'ascellare anteriore di sinistra

V6 – sulla stessa linea orizzontale di V4 sull'ascellare media di sinistra

1) invitare il paziente a rilassarsi
2) controllare che il tracciato sia leggibile
3) disconnettere gli elettrodi
4) rimuovere i residui
5) ricoprire il paziente
6) riordinare l'elettrocardiografo e collegarlo alla rete elettrica
7) introdurre il tracciato in cartella e avvisare il medico in caso di alterazioni
8) lavare le mani

DEFINIZIONE

La pressione arteriosa è la pressione che il sangue esercita sulle pareti delle arterie di grosso calibro ed è la forza che lo fa scorrere nel sistema cardiocircolatorio.

SCOPO

La pressione sale e scende seguendo i cicli che il cuore compie in modo ritmico: è massima quando il cuore si contrae (sistole) per spingere il sangue in circolo (*pressione **sistolica***) ed è minima quando il cuore si rilascia (diastole) per riempirsi di sangue (*pressione **diastolica***). L' unità di misura della pressione arteriosa è il millimetro (mm) di mercurio (Hg).

MATERIALE

Possono essere utilizzati i tradizionali sfigmomanometri a mercurio oppure le più moderne apparecchiature elettroniche automatiche.
Occorre.

- sfigmomanometro
- fonendoscopio

PROCEDURA

Le attivita' che devono essere garantite sono:

- identificare il paziente
- informare il paziente
- lavare le mani
- posizionare il paziente supino, semiseduto o seduto
- liberare il braccio da indumenti

Cardiochirurgia A.O. Caserta

- posizionare il manicotto a livello dell'arteria brachiale
- posizionare il fonendoscopio lungo il decorso dell'arteria
- gonfiare il manicotto
- procedere lentamente a far fuoriuscire l'aria dal manicotto (il primo tono percepito è la pressione sistolica , l'ultimo tono percepito è la pressione diastolica)

- riporre il materiale
- trascrivere i dati
- riferire le alterazioni

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

DEFINIZIONE

La temperatura corporea è definita come il grado di calore dell'organismo umano

E' il risultato dell'equilibrio tra termogenesi e termodispersione.

SCOPO

Permette di rilevare stati di iperpiressia o di ipotermia da mettere in correlazione con il quadro clinico generale del paziente e l'eventuale insorgenza di complicanze.

MATERIALE

Il materiale necessario per l'applicazione della procedura è:

- il termometro clinico

PROCEDURA

La misurazione della temperatura corporea si effettua tramite un termometro per uso medico. Il valore riportato dallo strumento non rappresenta necessariamente la cosiddetta *temperatura interna*, e a seconda della modalità di misurazione si distinguono tre diverse temperature:

Cardiochirurgia A.O. Caserta

- *Temperatura rettale*, ottenuta inserendo l'ampolla del termometro nel retto per via anale. In questo caso si considera febbre una rilevazione superiore ai 38 °C.

- *Temperatura orale*, ottenuta tenendo l'ampolla in bocca. Si considera febbre una temperatura superiore ai 37,5 °C.

- *Temperatura ascellare*, ottenuta tenendo l'ampolla nell'incavo dell'ascella. Si considera febbre una temperatura pari o superiore a 37,2 °C.

Le attivita' che devono essere garantite sono:

- identificare il paziente
- informare il paziente
- lavare le mani
- controllare l'integrità del termometro
- posizionare il termometro (ascellare, rettale, cavo orale)
- **lasciare il termometro in sede:**
  ascellare 8/10 minuti
  rettale 3 / 4 minuti
  cavo orale 5 minuti
- assicurare la privacy
- sorvegliare il paziente se non è collaborante
- togliere il termometro
- leggere la temperatura
- trascrivere il dato e riferire se vi è alterazione
- lavare, disinfettare e riporre il termometro
- lavare le mani a fine procedura

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER AEROSOL TERAPIA**	DATA: Novembre 2002 REV. N. 1 PAG. N. 2

DEFINIZIONE

Dispersione di particelle liquide in un mezzo gassoso (aria – ossigeno).

Questo sistema si utilizza per raggiungere le alte o medie vie respiratorie poiché la soluzione viene scissa in minuscole particelle, che si possono pertanto inalare.

SCOPO

Esercitare un effetto diretto sulle manovre delle vie respiratorie e sulle secrezioni bronchiali. I farmaci prescritti possono essere somministrati per:

- dilatare le vie aeree
- fluidificare e rimuovere le secrezioni bronchiali
- idratare le vie aeree
- trattare le infezioni delle vie aeree
- trattare patologie allergiche o infiammatorie

Cardiochirurgia A.O. Caserta

MATERIALE

E’ necessario:

1) apparecchio per aerosol o erogatore per l’ossigeno

2) maschera con ampolla
3) salviette
4) farmaci
5) siringa
6) contenitore per rifiuti

PROCEDURA

Le attività che devono essere garantite sono:

- identificare il paziente
- informare il paziente
- lavare le mani
- preparare le salviette per il paziente
- preparare la soluzione ed introdurla nell'ampolla
- collegare l'ampolla all'apparecchio aerosol o all'erogatore
- raccordare la mascherina
- posizionare la mascherina al paziente
- eseguire l'aerosol (dai 10 ai 15 minuti)
- riordinare il materiale
- lavarsi le mani
- registrare la procedura

I sistemi di erogazione di ossigeno sono classificati come **sistemi a basso** e ad **alto flusso**.

1. **I sistemi di inalazione a basso flusso** (cateteri nasali, maschere facciali e maschere con serbatoio) garantiscono una riserva di ossigeno che il paziente può inalare. Quando la ventilazione totale supera la capacità del serbatoio di ossigeno, viene inalata aria ambiente. La concentrazione finale dell'ossigeno inalato (FiO_2) è determinata dalla grandezza del serbatoio di ossigeno, dalla velocità di riempimento del serbatoio stesso e dalla domanda ventilatoria del paziente in contrasto con la FiO_2 variabile dei sistemi a basso flusso.

2. **I sistemi di inalazione ad alto flusso** invece garantiscono una FiO_2 costante. Ciò viene ottenuto erogando ossigeno a velocità di flusso che supera il picco di flusso inspiratorio del paziente, oppure impiegando sistemi che utilizzano una proporzionale fissa di aria ambiente (maschere). Il principale vantaggio delle maschere a ossigeno ad alto flusso è dato dalla capacità di erogare una FiO_2 costante, il che è desiderabile, in pazienti affetti da ipercapnia cronica, nei quali un involontario aumento della FiO_2 potrebbe portare ad un'ulteriore ritenzione di CO_2. Il principale svantaggio di queste maschere è rappresentato dall'incapacità di erogare concentrazioni elevate di ossigeno e la scarsa sopportazione del paziente a tali maschere.

Il motivo principale di tutte queste varietà di sistemi di ossigenazione è di evitare, la dove è possibile, la ventilazione meccanica che con se porta una serie di problemi che preferiremmo evitare.
Se non vi è l'erogazione di Ossigeno centralizzato e si deve usufruire della BOMBOLA, si devono osservare alcuni accorgimenti:

- questa deve essere sempre posta su di un carrellino

- deve essere legata o con apposite cinghie o con una catena

Il materiale per questi sistemi di ossigenoterapia sono:

- Flussometro

manometro

flussometro

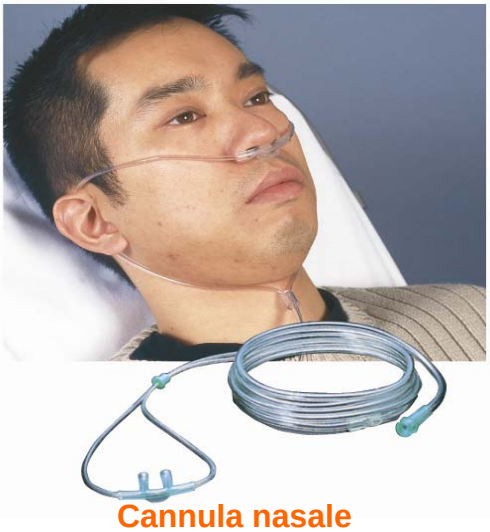
- Umidificatore con acqua sterile

- Sondini, cannule o maschere per l'erogazione al paziente (vedi figure)

Il materiale per questi sistemi di ossigenoterapia quali:

- **Sondini, cannule o maschere per l'erogazione al paziente, sono**

→ **MONOUSO**



Cannula nasale

Le“ventimask”

Maschera con “reservoir”

SICUREZZA

- Informare il paziente
- Controllare il flusso
- Controllare l’umidificazione
- Non eseguire rabbocchi del liquido se sono vuoti gli umidificatori
- Gli umidificatori non utilizzati, non devono MAI contenere acqua (è fonte di infezione)
- Non usare acqua di RUBINETTO, ma acqua sterile

- Eseguire il lavaggio sociale prima della procedura
- Se si nota un cattivo funzionamento avvisare la Caposala o l’Ufficio Tecnico
- Vietato fumare

Manutenzione e trattamento del flussometro e dell'umidificatore.

Il flussometro deve essere:

- Deterso con panno umido tutti i giorni , se sporco deve essere lavato con disinfettante " FARMAFENOL".

L'umidificatore deve essere:

- Disinfettato con disinfettante "AMUCHINA"
- Provvedere all'asciugatura
- Allo stoccaggio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FASI	FUNZIONI			
	Cs.	Inf.	Oss	Med.
Somministrazione di ossigeno	R	R		R
Pulizia del flussometro e dell'umidificatore	C	R	C	
Stoccaggio	R	R	C	
Pratica di posizionamento		R	C	
Verifica dell'impianto	C	R	C	

R = RESPONSABILE

C = COINVOLTO

N.B. E' stata rimossa la sterilizzazione dell'umidificatore, perché si sono verificati danni alla filettatura e quindi non vi era più una corretta chiusura tra umidificatore e flussometro

U. O C. DI CARDIOCHIRURGIA/ REPARTO
DIRETTORE DOTT. LUIGI PIAZZA

Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*

CHECK-LIST PER IL CONTROLLO DELL'OSSIGENOTERAPIA

MATERIALE	**PRESENTI**	**NON PRESENTI**
MATERIALE PER OSSIGENOTERAPIA **FLUSSIMETRO** **UMIDIFICATORE** **KIT PER EROGAZIONE MONOUSO** **ACQUA STERILE**		
DIMISSIONE PAZIENTE	**EFFETTUATO**	**NON EFFETTUATO**
RIMOZIONE KIT PER EROGAZIONE MONOUSO **PULIZIA FLUSSIMETRO ED UMIDIFICATORE**		
AMMISSIONE PAZIENTE	**EFFETTUATO**	**NON EFFETTUATO**
POSIZIONATO KIT PER EROGAZIONE MONOUSO **INSTALLATO FLUSSIMETRO ED UMIDIFICATORE CON ACQUA STERILE**		
BOMBOLA OSSIGENO	**A NORMA**	**NON A NORMA**
COMPLETA DI TUTTO IL KIT PER EROGAZIONE **PIENA** **COLLOCATA SU CARRELLINO ED ALLACCIATA CON CINTURE**		

CASERTA, _____

IP TURNO 7/13.45 FIRMA _____

IP TURNO 13.30/20.15 FIRMA _____

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA INTRAMUSCOLARE	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 2

DEFINIZIONE

Somministrazione di sostanze farmaceutiche che vengono iniettate nel muscolo.

SCOPO

Avere un lento assorbimento dei farmaci e/o delle sostanze prescritte.

MATERIALE

E' necessario:

- guanti monouso
- arcella
- siringa monouso di calibro necessario
- farmaco
- cotone
- disinfettante
- contenitore per rifiuti taglienti

PROCEDURA

Le attivita' che devono essere garantite sono:

- controllare la prescrizione
- identificare il paziente
- garantire la privacy
- indossare i guanti dopo lavaggio delle mani
- aspirare il farmaco nella siringa
- posizionare il paziente in base alla zona di iniezione (quadrante superiore latero-esterno)
- disinfettare la zona
- introdurre la siringa (angolatura dell'ago a 70°)
- fare la manovra di Laser (aspirare per vedere che non si è in un capillare non vi deve esse afflusso di sangue)
- iniettare il farmaco
- sfilare la siringa
- disinfettare la zona
- riordinare il tutto
- lavare le mani
- documentare l'avvenuto
- segnalare eventuali reazioni

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA ENDOVENOSA	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 2

DEFINIZIONE

Introduzione di una sostanza in una vena attraverso l'utilizzo di un ago.

SCOPO

- Prevenire o trattare squilibri idroelettrolitici
- Somministrare farmaci
- Somministrare sangue in toto o derivati

MATERIALE

Il materiale necessario per la procedura è:

- cotone
- disinfettante
- farmaco
- siringa sterile
- ago sterile (cateterino)
- kit per posizionare flebo
- guanti
- cerotto
- arcella
- laccio emostatico
- contenitore per taglienti

PROCEDURA

Le attivita' che devono essere garantite sono:

- controllare la prescrizione
- identificare il paziente
- garantire la privacy
- indossare i guanti dopo lavaggio delle mani
- aspirare il farmaco nella siringa
- applicare il laccio emostatico
- individuare la vena
- disinfettare la parte
- tendere la cute
- inserire l'ago con la punta rivolta verso il basso
- accertarsi di essere in vena (aspirare per far refluire il sangue)
- rimuovere il mandrino se si usa un catetere venoso
- fissare il cateterino alla cute con il cerotto
- rimuovere il laccio emostatico
- iniettare il farmaco con la siringa oppure collegare il deflussore e regolare la velocità di flusso dell'infusione
- riordinare il tutto
- togliersi i guanti
- lavarsi le mani
- registrare la procedura

DRENAGGI E MEDICAZIONI

Sebbene il nostro corpo sia ben protetto dai traumi della cute, dal sottocute e dai tessuti adiposi una lesione traumatica può verificarsi sia intenzionalmente che involontariamente.

La ferita può guarire per prima intenzione: è la guarigione più rapida, quella per seconda intenzione si verifica quando i bordi non sono ravvicinati, quindi la ferita si lascia aperta per guarire spontaneamente, infine abbiamo quella che necessita dei punti di sutura per ravvicinare i bordi e questa impiega per la guarigione dai 7 ai 10 giorni.

Alcune volte è necessario, dopo interventi chirurgici l'introduzione di drenaggi.

E' compito dell'infermiere controllare quantità, qualità del liquido drenato il sito e il suo funzionamento.

Inoltre altro compito infermieristico è quello di medicare il paziente affinché non si trasmettino infezioni, per permettere alla ferita di guarire ed emarginarsi in modo corretto.

Importante è la prevenzione delle infezioni, che causano sicuramente molte complicanze al paziente durante il decorso ospedaliero.

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	PROCEDURA DI INSERIMENTO DEL CATETERE VESCICALE A PERMANENZA	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 3

SCOPO

Insieme di manovre che attraverso l'impiego di un catetere sterile, provvisorio o permanente, che consente di attraversare l'uretra e giungere in vescica.
L'introduzione di un catetere sterile, in vescica per via transuretrale o sovrapubica a scopo:

- diagnostico,
- terapeutico (drenare urina, praticare lavaggi vescicali, introdurre farmaci in vescica)
- evacuativo

INFORMAZIONE AL PAZIENTE / MANTENIMENTO PRIVACY

_ Identificare il paziente.
_ Informarlo sulla procedura che gli sarà effettuata.
_ Assicurare la privacy.
_ Invitare il paziente autosufficiente a provvedere da solo all'igiene dell'area perineale.

MATERIALE

Occorrente
_ Cateteri vescicali di vario calibro
_ Disinfettante
_ Garze sterili
_ Guanti monouso
_ Guanti sterili
_ Lubrificante

_ Telino sterile o traversa
_ Siringa da 10 ml con acqua distillata
_ Arcella
_ Sacca di raccolta a circuito chiuso
_ Cerotti
_ 1 supporto reggi sacca qualora necessaria

IGIENE

Praticare il bidè utilizzando acqua tiepida e sapone neutro con movimenti dall'alto verso il basso, risciacquare ed asciugare bene.
Un'accurata igiene della zona genitale assicura l'allontanamento della flora transitoria responsabile di possibili infezioni, e permette nella fase di antisepsi una migliore azione di quest'ultima.

PROCEDURA A DUE OPERATORI ESECUTORE COLLABORATORE

ESECUTORE	COLLABORATORE
Lavaggio antisettico delle mani	Lavaggio sociale delle mani
Indossare i guanti sterili	Indossare i guanti non sterili
Posizionare il telino sterile	Posizionare correttamente il paziente

POSIZIONAMENTO

UOMO	DONNA
gambe leggermente divaricate	ginocchia flesse e cosce ruotate leggermente verso l'esterno

_Porgere il materiale all'esecutore senza contaminarlo
_ Eseguire l'antisepsi dei genitali

NELL'UOMO: retrarre il prepuzio con la mano non dominante, afferrare il pene sotto al glande, allargare il meato uretrale con il pollice e l'indice. Mantenere in questa posizione la mano non dominante durante tutta la procedura. Con la mano dominante prendere la garza imbevuta di disinfettante pulire il pene iniziando dal meato verso la periferia con moto circolare.

NELLA DONNA: con la mano non dominante ritrarre accuratamente le grandi labbra in modo da esporre completamente il meato uretrale. Mantenere in questa posizione la mano non dominante durante tutta la procedura. Con la mano dominante afferrare il tampone di garza sterile
imbevuto di antisettico e disinfettare l'area dal clitoride verso l'ano usando ad ogni passaggio una nuova garza sterile.

_ Aprire l'antisettico e versare il contenuto sui tamponi di garza sterili
_ Lubrificare la parte prossimale del catetere facendo attenzione a non ostruire i fori
_ Raccordare il sacchetto a circuito chiuso al catetere
_ Procedere all'inserimento del catetere

NELL'UOMO: afferrare il catetere con la mano dominante guantata a circa 5 cm. dalla punta. Sollevare perpendicolarmente al piano del corpo del paziente il pene e tirare leggermente verso l'alto. Inserire lentamente il catetere attraverso il meato. Far avanzare il catetere fino alla fuoriuscita dell'urina. Se si avverte una resistenza, sfilare il catetere e non forzarlo attraverso l'uretra. Ricoprire il glande e controllare che rimanga coperto per evitare il rischio di prefimosi.

NELLA DONNA: afferrare il catetere con la mano dominante
mentre la mano non dominante continua a tenere retratte le grandi labbra. Chiedere alla paziente di fare un respiro profondo e inserire il catetere lentamente nel meato. (se non si ottengono urine, il catetere può essere stato inserito in vagina; in questo caso lasciarlo in sede, provvedere ad inserire un nuovo catetere, quindi rimuovere il primo).
Far avanzare il catetere fino alla fuoriuscita dell'urina. Non forzare il catetere se si incontrano resistenze.

_ Quando il catetere è in vescica iniettare, attraverso la valvola di gonfiaggio del palloncino, l'acqua distillata secondo la quantità indicata sulla confezione
_ Sistemare il sacchetto in posizione declive rispetto al corpo del paziente
_ Provvedere al corretto smaltimento dei rifiuti
_ Riportare in cartella l'avvenuta procedura

IGIENE QUOTIDIANA DEL MEATO URINARIO

E' indicata un'accurata igiene da effettuarsi due volte al giorno ed in seguito ad evacuazione, del punto di contatto tra meato urinario e catetere, effettuata con acqua e detergente con movimenti dall'alto verso il basso. L'utilizzo di prodotti disinfettanti non è indicato sia perché non è dimostrata la loro efficacia, sia perché possono provocare fenomeni di sensibilizzazione.

MONITORAGGIO

Il paziente va controllato per la comparsa di segni di IVU come: disuria, febbre, brividi, nausea, vomito e malessere. Solo la diagnosi di IVU giustifica la terapia antibiotica.

"GINNASTICA VESCICALE"

La cosiddetta "ginnastica vescicale" (clampaggio del catetere ad intervalli regolari, prima della rimozione), **non** ha alcun fondamento scientifico pertanto **NON DEVE ESSERE EFFETTUATA.**

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Sanità. Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie nei pazienti cateterizzati: uso di catetere e assistenza infermieristica. GIIO 1966; 3: 9-18.
- M.L. Moro. Infezioni ospedaliere, prevenzione e controllo. Ed. Centro Scientifico, 1993.
- S.D. Schaffer et al. Prevenzione delle infezioni e sicurezza nelle procedure. Ed. Il Pensiero Scientifico, 1977.

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI DRENAGGI TORACICI	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 2

DEFINIZIONE

Procedura di inserimento di un catetere nel cavo pleurico per drenaggio.
Per drenaggio toracico si intende il drenaggio del cavo pleurico in caso di emotorace o di pneumotorace.
Il drenaggio deve costituire un sistema chiuso e unidirezionale, in modo da evitare il ritorno di materiale drenato all'interno della cavità chirurgica con una conseguente possibilità di infezione provocata da microorganismi provenienti dall'esterno.

INDICAZIONI

- Favorire lo svuotamento verso l'esterno di una raccolta di liquido (siero, sangue, pus, ecc)
- Evitare che si raccolgano liquidi (dopo un intervento)
- Consentire la fuoriuscita di aria da una cavità (pleurica)

ANOMALIE

- l'abbondante e rapida fuoriuscita di materiale ematico da qualsiasi drenaggio.
- La comparsa di materiale enterico, biliare, fecale, urinoso, come pure di materiale purulento da un drenaggio addominale.
- La persistente o abbondante fuoriuscita d'aria da un drenaggio toracico.
- La comparsa di sangue nel materiale drenato dalla via urinaria o da quella biliare.

MATERIALE

- Tamponi
- Disinfettante idoneo
- D.P.I. (mascherina, copricapo, occhiali,)
- Camice sterile
- Guanti sterili
- Tubi per drenaggio Trocar
- Kit monouso Pleur – a Vac
- Pinze per clampare il Trocar

PROCEDURA

1) Verificare frequentemente i livelli nel flacone o del Pleur –a- Vac allo scopo di controllare la quantità e l'aspetto del liquido drenato che verranno annotati quotidianamente.
2) Verificare che il liquido drenato non si accumuli in un'ansa del raccordo di gomma
3) Esercitare pressione manuale sul tubo di drenaggio, al fine di facilitare la progressione di eventuali coaguli ematici (mungitura)
4) Verificare la tenuta stagna del sistema di drenaggio controllando il tubo, il raccordo, il flacone
5) Effettuare il cambio del raccordo e del Kit monouso quotidianamente (questa manovra si effettua clamptando il tubo di drenaggio con due pinze di Klemmer grandi)
6) Effettuare il cambio della medicazione controllando l'orifizio d'entrata del tubo di drenaggio
7) Controllo dei parametri vitali.
8) Registrare la quantità drenata

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA CANNULA TRACHEOSTOMICA	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 2

DEFINIZIONE

La tracheotomia è la creazione di un'apertura nella trachea a livello del collo, con l'inserimento di un tubo permanente per facilitare il passaggio dell'aria o l'espulsione delle secrezioni.

SCOPO

- favorire l'eliminazione delle secrezioni favorendo la respirazione
- medicare la tracheotomia per prevenire le infezioni

MATERIALE

Guanti monouso
Arcella
Aspiratore e sondini sterili monouso
Disinfettante
Garze sterili
Gel emolliente
Traversa
Kit per tracheotomia monouso
Controcannula
Contenitore per rifiuti

PROCEDURA

La medicazione ed il cambio cannula è giornaliero (salvo complicanze, es. fistole esofago cutanee che necessitano di medicazioni più frequenti).
Il paziente viene smedicato e viene rimossa la cannula
Il tracheostoma viene pulito con garze sterili imbevute di fisiologica
I punti di sutura invece vengono disinfettati con acqua ossigenata.
La ferita viene poi coperta e si esegue una fasciatura compressiva a livello del lembo cutaneo
Ultimata la fascitura compressiva viene messa a dimora la nuova cannula sterile.
Ad ogni medicazione verrà sostituita la cannula tracheostomica a seconda delle caratteristiche del tracheostoma e della struttura del collo del paziente.
La lunghezza della cannula verrà alternata giorno per giorno per evitare possibili decubiti.
La fasciatura compressiva ha lo scopo di favorire l'accollamento dei tessuti ed evitare la formazione di fistole
Estrarre la controcannula che deve essere pulita e rimessa in sito.

PULIZIA DEL MATERIALE E RIORDINO

Mettere la cannula metallica in ammollo per circa 10 minuti con acqua calda e detergente disinfettante (a base di enzimi) o acqua ossigenata.
Procedere poi alla pulizia con uno scovolino di nylon per il lume interno della cannula.
Lasciare asciugare ed infine porre negli appositi sacchetti per la sterilizzazione

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	DATA: Marzo 2006 REV. N. 1 PAG. N. 6

DEFINIZIONE

Per ferita si intende una lesione di continuo della cute che può interessare i piani sottostanti (sottocutaneo-fasce muscolari) Le ferite possono essere di origine chirurgica, traumatica, settica asettica.

PROBLEMA

Insorgenza di complicanze, ematomi, emorragie, fistole, deiscenze, eviscerazioni.

OBIETTIVI

Favorire la cicatrizzazione, prevenire le infezioni ed altre complicanze.

OPERATORI

Infermiere, Medico, O.T.A., O.S.S.

MATERIALE OCCORRENTE

FERRI CHIRURGICI

- forbici a punta dritta e curva (per accorciare drenaggi, rimuovere punti di sutura, tagliare garze, bendaggi e cerotti);

- pinze chirurgiche (per l'operatore che effettua la medicazione),
- pinze anatomiche (per passare le garze sterili e per rimuovere i punti di sutura),
- pinze cocker e klemmer, specillo;
- pinze Michel (per applicare e rimuovere i punti metallici);
- bisturi e lame di varie misure;
- ago cateterino (per irrigazioni);
- porta aghi, aghi con fili di sutura;

N.B. i ferri sono imbustati singolarmente

GARZE

garze e batuffoli sterili,
garze iodoformiche
piccoli set di garze sterili in pacchetti monouso.
cerotti e bendaggi
euromed (per medicazioni);
benda elastica (per favorire il ritorno venoso);

DISINFETTANTI

Acqua ossigenata,
Clorexidina o Iodopovidone
Acqua sterile,
Soluzione Fisiologica sterile;
Spray (Katoxyn, Trofodermin)

ALTRO MATERIALE

siringhe varie da 10, 20, 50 cc, per lavaggi,
iniezioni di farmaci, etc;
aghi di vario calibro;
guanti sterili,
guanti non sterili;
teli sterili;
lampada scialitica;
tamponi sterili per la ricerca di germi aerobi e anaerobi;
provette per esami ematici
anestetico locale;
arcelle reniformi;
contenitore per rifiuti speciali e per taglienti

PROCEDURA:

per eseguire una corretta medicazione occorrono due operatori:

Informare il paziente,
rispettare la privacy del paziente;
effettuare il lavaggio sociale delle mani;
posizionare il paziente nella posizione più confortevole ed
adeguata al tipo di ferita da medicare;
non toccare mai la medicazione con le mani ma usare guanti e pinze.

DISINFEZIONE DELLA FERITA

Rimuovere la medicazione dalla sede deponendola nell'arcella per poi eliminarla
nell'apposito contenitore (rifiuti speciali).
Controllare la ferita onde rilevare eventuali segni di infezione: rossore, calore, tumefazione, edema, dolore, quantità e qualità del materiale drenato (siero, sangue, pus);
posizionare arcella e telino.
Pulire con batuffoli di garza imbevuti di soluzione fisiologica o acqua ossigenata (a seconda del caso).
Disinfettare con Betadine, compiendo movimenti circolari fino a 4-5 cm dalla ferita, tale movimento favorisce la rimozione di eventuali agenti contaminanti e facilita la circolazione dei vasi periferici della lezione.
Se la ferita risulta infetta si procede in senso contrario.
Eseguire la medicazione secondo la prescrizione medica, usare pinze sterili per prendere le
garze e i batuffoli sterili.
Collaborare con il medico per eventuale: nuova medicazione; rimozione tessuto necrotico; drenaggio della ferita; rimozione punti di sutura;. rimozione di agraphes, drenaggi.
Applicare medicazione sterile pronta e fissare con cerotto.
Togliersi i guanti e gettarli nell'apposito contenitore.
Coprire il paziente e aiutarlo ad assumere la posizione desiderata.

CAMBIO DI UNA MEDICAZIONE

• Togliere i cerotti **delicatamente,** tirando verso la ferita, con strappi brevi e rapidi.
• Rimuovere la medicazione sporca. Se è **aderente alla ferita**, bagnarla con soluzione
fisiologica sterile (evita danni al tessuto di granulazione).
• **Osservare la ferita** (tessuto roseo o arrossato, i punti sono staccati o hanno lacerato la cute).
• Disinfettare la ferita con soluzione Iodata o soluzione 5% d'Amuchina **muovendosi dalla regione meno contaminata a quella più contaminata**.

Ferita pulita: (nessun drenaggio purulento) disinfettare partendo **dall'incisione verso l'esterno**. Cambiare le garze ad ogni passaggio.

Ferita sporca: (drenaggio purulento), disinfettare partendo **dall'esterno verso l'interno con movimenti circolari**.
• Posizionare la garza sterile a misura della ferita e fissarla con i cerotti, se necessario coprire ulteriormente con garze assorbenti.
• **Scegliere il cerotto** in relazione alla frequenza delle medicazioni ed alla sensibilità della pelle.

MEDICAZIONE DI UNA FERITA CON DRENAGGIO

• Disinfezione ferita
• Riguardo all'inserzione del drenaggio:
• **Controllare segni di guarigione o d'infezione**. Se vi fossero segni d'irritazione cutanea, applicare con consenso medico, una protezione cutanea
• Pulire intorno alla sede del drenaggio con il disinfettante**, iniziando dal punto più vicino al drenaggio, verso l'esterno, con movimento circolare.**
Applicare una garza tagliata al centro in modo da fissarla attorno al drenaggio. Fissare il drenaggio con un **cerotto a cravatta.**

COMPLICANZE

Emorragia Una secrezione di drenaggio è normale, ma se il sanguinamento è profuso chiamare subito il medico. Se il sanguinamento proviene direttamente dalla ferita, chiamare il medico e nell'attesa, comprimere sulla ferita

Deiscenza Applicare un cerotto in perpendicolare di sostegno alla ferita, chiamare subito il medico.

Eviscerazione Coprire con garza sterile bagnata con soluzione fisiologica sterile (non reinserire il contenuto addominale), chiamare il medico e predisporre per l'intervento.

Ematoma Ecchimosi sulla superficie cutanea o in sede di sutura. Rigonfiamento della ferita o della rima di sutura (ematoma profondo), dolore in sede della ferita, chiamare subito il medico.

Infezione dell'incisione L'incisione si presenta indurita, dolore alla palpazione, calore, rossore, tumefazione, drenaggio purulento dall'incisione. Il medico stabilirà l'idonea terapia antibiotica.

Attuare le norme per prevenire la diffusione dell'infezione.

RIORDINO DEL MATERIALE:
Controllo ferri, materiale da eliminare (chiudere il sacchetto esmaltirlo nell'apposito contenitore per rifiuti speciali); lavare, detergere e disinfettare con cura gli strumenti ed i ferri utilizzati; asciugarli con cura, preparare le varie confezioni ed inviarle alla centrale di sterilizzazione.

Non riutilizzare mai le confezioni del materiale una volta che queste sono state aperte. Pulire il carrello e rifornirlo del materiale

VERIFICA:
Ferita ben detersa
Assenza di infezione e di altre complicanze
Guarigione della ferita per prima intenzione.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FASI	FUNZIONI			
	Cs.	Inf.	Oss	Med.
Richiesta materiale	R	R		
Approvvigionamento materiale		R	C	
Preparazione Pratica e materiali		R	C	
Posizionamento del paziente		R	C	
Medicazione		R		R
Smaltimento rifiuti			R	

ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

Cs. = caposala Inf. = infermiere Oss = operatore socio sanitario Med. = medico

R = responsabile C = collaboratore

BIBLIOGRAFIA

• A.CESTRONE, Manuale teorico pratico di igiene ospedaliera per infermieri -U.S.L. n°10 - Treviso - Aprile 1990
• C. GHIRINGHELLI, Compendio di chirurgia - ed. Minerva medica
• Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico -www.Ulss.tv.it/cio/lgsito.htm -
• Contenuti delle linee guida per la prevenzione della ferita chirurgica raccomandate sono editi dai Centres for Diseases Control di Atlanta, giugno 1998
• BRUNNER, SUDDARTH, Nursing Medico Chirugico - casa ed.Ambrosiana
• National Nosocomial Infection Surveillances (NNIS) System Reort, data summary from October 1986 - April 1998. Iussed June 1998

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Infermiera Esperta in Wound Care: E. Di Lorenzo
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E CURA DELLE ULCERE DA PRESSIONE	DATA: Gennaio 2007 REV. N. 1 PAG. N. 5

DEFINIZIONE

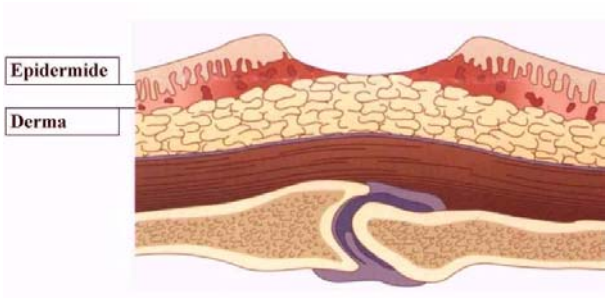
L'ulcera da pressione è un'aerea di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori, che si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità è classificata in stadi.(EPUAP 1999)

- **Pressione** - il peso del corpo comprime la cute della persona a rischio e impedisce l'afflusso di sangue a quest'area e può condurre ad un danno del tessuto;
- **Stiramento** - questa forza che agisce sulla cute determina la trazione degli strati superiori su quelli più profondi. Questo accade quando la persona a rischio scivola verso il basso nel letto o nella sedia;
- **Attrito** - un sollevamento non corretto della persona a rischio può provocare l'asportazione degli strati superficiali della cute. Il ripetersi dell'attrito aumenta il rischio di lesioni da decubito.

CLASSIFICAZIONE EPUAP

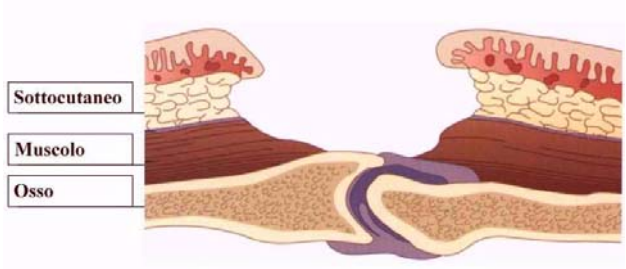
Grado I : iperemia della cute intatta che non scompare alla digito pressione; rappresenta il segnale che preannuncia l'ulcerazione cutanea.

Grado II: ferita di spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi, la lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescica o leggera cavità



Grado III: ferita a tutto spessore che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto sottocutaneo ed è in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante senza però oltrepassarla; la lesione si presenta clinicamente sotto forma di profonda cavità associata o meno a tessuto adiacente sottominato.

Grado IV: ferita a tutto spessore con distruzione estesa, necrosi del tessuto o danneggiamento del muscolo, osso o strutture di supporto (tendine, capsula articolare); la presenza di tessuto sottominato e di tratti cavi può essere associata a ulcere da pressione di Grado IV , l'escara nera deve essere considerata come Grado IV



OBIETTIVO

Un 'accurata valutazione clinica è il primo obiettivo da porsi nella presa in carico della persona a rischio e/o portatrice di ulcera da pressione
Individuazione delle persone a rischio di sviluppare lesioni da decubito.
Le persone solitamente riescono ad alleviare gli effetti di pressione, attrito e stiramento, muovendosi, cambiando posizione, aggiustando la biancheria da letto.
Tutte le persone che *non sono in grado di muoversi in modo completamente autonomo* sono, quindi da considerarsi a rischio di sviluppare lesione da decubito.

OSSERVAZIONE DELLA CUTE.

Controllo quotidianamente ed accurato di tutto il corpo,prestando particolare attenzione alle sedi corrispondenti alle prominenze ossee.
Rilevazione ed annotazione della presenza sulla cute di eventuali segni premonitori quali:

- Screpolature
- secchezza
- edemi generalizzati o localizzati

Esecuzione di tutti gli interventi necessari per migliorare la tolleranza della cute

In particolare:

- ✓ garantire un'adeguata igiene della cute;
- ✓ proteggere la cute dall'umidità eccessiva e dalle forze di frizione e stiramento;
- ✓ ridurre al minimo l'esposizione della cute all'umidità causata da: sudorazione, secrezioni delle ferite, incontinenza, ;
- ✓ evitare l'uso di talco e polveri in genere;
- ✓ assumere un adeguato apporto nutrizionale;
- ✓ favorire, per quanto possibile, il movimento, garantendo comunque la corretta mobilizzazione della persona;
- ✓ utilizzare sostanze emollienti ed idratanti per la cute, e pellicole protettive per proteggere i punti a maggior frizione;
- ✓ evitare ciambelle ed altri oggetti circolari ed i velli (naturali o sintetici);
- ✓ lo spostamento o i cambi di posizione nel letto del malato devono essere attuati utilizzando appositi sistemi (traverse, barre alza malato), per evitare che la parte a contatto con il letto venga strofinata e quindi lesionata;
- ✓ utilizzare ausili e dispositivi (cuscini o schiume);
- ✓ per alleviare la pressione sui calcagni, oppure tenerli sollevati dal letto;
- ✓ per prevenire il contatto diretto tra le prominenze ossee (ginocchia e caviglie);
- ✓ per il mantenimento delle posture aiutarsi con cuscini e archetto. Non utilizzare lenzuola arrotolate che possono provocare occlusione venosa;
- ✓ utilizzare un materasso antidecubito, possibilmente dinamico, se la persona non è in grado di cambiare la sua posizione;
- ✓ non utilizzare cuscini ad acqua o gonfiabili se costituiti da materiale plastico che aumenta la temperatura della superficie cutanea.

Gestione dei fattori di rischio in presenza di lesione da decubito

A letto:

- ➢ Utilizzare un materasso antidecubito
- ➢ Evitare di posizionare la persona sulla lesione.
- ➢ Non utilizzare presidi a ciambella.
- ➢ Fare uso di presidi di posizionamento per diminuire la pressione sulla lesione da decubito
- ➢ Evitare il posizionamento ad angolo retto sul trocantere

- Utilizzare ausili (cuscini o schiume) per alleviare la pressione sui calcagni, oppure tenerli sollevati dal letto.
- Evitare di posizionare la persona sulla lesione.
- Mantenere la testata del letto al più basso grado di elevazione, tenendo conto delle indicazioni cliniche
- Mantenere il monitoraggio della cute al fine di prevenire ulteriori lesioni da decubito.
- Effettuare il cambio di postura ogni due ore

In sedia

- Utilizzare un cuscino adatto alle necessità della persona per ridurre la compressione in posizione seduta.
- Riposizionare la persona seduta preferibilmente ogni ora. Nel caso ciò sia impossibile, rimetterla a letto.
- Evitare che la posizione seduta determini una pressione su una lesione da decubito.

PROCEDURA ASSISTENZIALE

Materiale occorrente:

- 1 siringa da 5cc
- 1 siringa da 20cc
- Soluzione Fisiologica o Ringer Lattatao da 100cc
- Telini salvaletto
- Garze sterili
- Pinza sterile
- Bisturi con manico o forbici sterili
- Contenitore per il materiale sporco
- Guanti sterili (2paia)

Esecuzione della medicazione

- Lavarsi le mani e gli avambracci dopo aver tolto orologi e monili
- Preparare il paziente nella posizione più comodo
- Posizionare il telino salvaletto al fine di evitare di bagnare il letto del paziente per poter eseguire una corretta detersione
- Indossare i guanti monouso
- Togliere con cura la vecchia medicazione senza provocare traumi al paziente e alla cute perilesionale

- Sostituire i guanti monouso
- Osservare attentamente valutando le condizioni della lesione e della cute circostante,rivalutare la scelta della medicazione nel caso si osservi un peggioramento
- Detergere la lesione con soluzione fisiologica o Ringer Lattato mediante L'uso di una siringa da 20cc con ago, al fine di praticare una detersone efficace e mirata, ripetere l'operazione almeno 3 volte
- Asciugare la cute perilesionale accuratamente per permettere una piena adesione della medicazione
- Non asciugare la lesione
- Quando previsto misurare la lesione
- Applicare la nuova medicazione secondo le indicazioni

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FASI	FUNZIONI			
	Cs.	Inf.	Oss	Med.
Richiesta materiale	R	R		
Approvvigionamento materiale		R	C	
Preparazione Pratica e materiali		R	C	
Posizionamento del paziente		R	C	
Medicazione		R		R
Smaltimento rifiuti			R	

ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

Cs. = caposala Inf. = infermiere Oss = operatore socio sanitario Med. = medico

R = responsabile C = collaboratore

AZIENDA OSPEDALIERA – “SANNA E SAN SEBASTIANO” CASERTA
U.O.C CARDIOCHIRURGIA/DEGENZA
DIRETTORE DOTT. L. PIAZZA

SCHEDA MEDICAZIONI

SIG./SIG.RA_____ **NATO/A IL** _____

TEL. _____

INIZIO TRATTAMENTO_____ **FINE TRATTAMENTO**_____

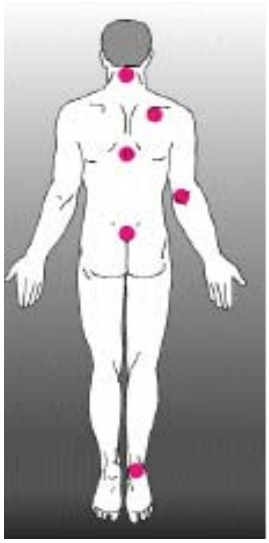
ANAMNESI SCHEMATICA DEL PAZIENTE*

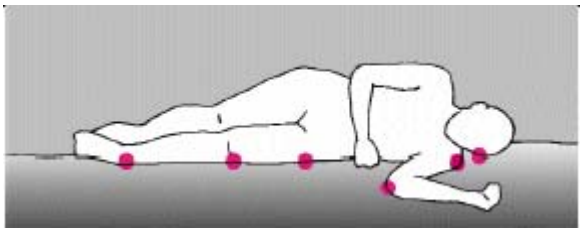
Condizioni generali	buone	discrete	scadenti	pessime
Stato mentale	lucido	apatico	confuso	stuporoso
Deambulazione	normale	con aiuto	costretto su sedia	costretto a letto
Mobilita'	piena	limitata	molto limitata	immobile
Incontinenza	assente	occasionale	abituale urine	doppia

* (segnare con una X)

LOCALIZZAZIONE

(segnare con una X la zona interessata)





Cardiochirurgia
A.O. Caserta

SCHEDA MEDICAZIONI

SIG./SIG.RA_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

EFFETTUATA IL _____ TAMPONE SI [] NO [] NOTE_____

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

	PROCEDURA PER IL POSIZIONAMENTO DEL C.V.C. IN CARDIOCHIRURGIA	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 4

DEFINIZIONE

Introduzione di un catetere in una vena centrale. Le vene che di solito vengono incanulate sono la vena giugulare interna o esterna, la succlavia, la femorale.
Il sito d'inserzione si sceglie in base alle condizioni cliniche e alle caratteristiche anatomiche del paziente

SCOPO

-Infondere grosse quantità di liquidi/farmaci in modo veloce (quando è difficile il reperimento di vene periferiche)
-Monitoraggio emodinamico invasivo
-Fornire accesso a lungo termine per trasfusioni di sangue ed emoderivati

MATERIALE

- Materiale per eventuale tricotomia
- Tamponi
- Disinfettante idoneo
- D.P.I. (mascherina, copricapo, occhiali,)
- Camice sterile

- Telini sterili
- Siringa con anestetico
- Kit monouso C.V.C.
- Filo di sutura
- Materiale per medicazione
- Contenitore per rifiuti speciali e per taglienti
-

LE ATTIVITA'

- Identificare il paziente/informare il paziente
- Consenso informato firmato dal paziente
- Verificare la presenza di esami di laboratorio (profilo coagulativo/emorragie)
- Lavaggio delle mani antisettico
- Calzare i guanti sterili
- Aiutare il medico nella preparazione che deve essere sterile
- Scelta da parte del medico del sito
- Posizionamento del paziente, eventuale tricotomia, disinfettare la zona con disinfettante (azione 3 minuti)
- Delimitare la zona con telini sterili
- Assistere il medico durante la preanestesia locale e durante l'intervento
- Rilevare i parametri clinici del paziente
- A fine procedura provvedere alla medicazione
- Smaltire i rifiuti
- Togliere guanti e provvedere al lavaggio delle mani
- Far eseguire controllo radiografico al paziente (RX TORACE per controllare l'adeguata posizione)
- Documentare il tutto nella cartella infermieristica

LE COMPLICANZE

Possono essere:

- Pneumotorace
- Emotorace
- Embolia gassosa
- Infezioni

GESTIONE DEL C.V.C

Le regole principali sono:

- Mantenimento del sistema chiuso
- Mantenimento del sistema pervio
- Prevenzione del danneggiamento del dispositivo
- Prevenzioni delle infezioni

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FASI	FUNZIONI				
	Cs.	Inf.	Oss	Med.	Tec.R
Richiesta materiale	R	R			
Approvvigionamento materiale		R	C		
Preparazione Pratica e materiali		R	C		
Pratica di posizionamento				R	
Responsabilita' di processo				R	R
Gestione		R			
Smaltimento rifiuti			R		

ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

L.42/99 = (Legge 42/1999)
Kit = insieme di materiale monouso
C.V.C.= catetere venoso centrale
RX = radiografia
Cs. = caposala
Inf. = infermiere
Oss = operatore socio sanitario
Med. = medico
Tec = tecnico radiologo
R = responsabile
C = collaboratore
D.P.I. = dispositivi di protezione individuale (legge 626/94)

BIBLIOGRAFIA

- Procedure, protocolli, linee guida di assistenza infermieristica. C. Spairani, T. Lavalle, ed Masson
- www.infermieri.com
- I quaderni de L'Infermiere, FNC Ipasvi, Roma

AA.VV., "*Linee guida per la gestione degli accessi venosi centrali*", CDC, Atlanta, 2002 (www.cdc.org).

Manuale delle procedure edizione Minerva – 2006

DIAGNOSI E TERAPIA SUI LIQUIDI

Le indagini di laboratorio rappresentano un valido ed indispensabile ausilio nella diagnosi delle malattie e permettono di valutare lo stato di salute dei pazienti.

I risultati degli esami possono rivelare problemi latenti, fornire indicazioni sullo stadio della malattia, stimare l'attività del processo patologico in atto e misurare gli effetti della terapia. Con un unico campione di materiale biologico è possibile ricercare un singolo componente o più componenti simultaneamente.

La responsabilità infermieristica correlata alla raccolta dei campioni si estende dai compiti di orientamento del paziente che autonomamente deve raccogliere il liquido biologico da esaminare, alla raccolta diretta previa preparazione del paziente.

Quando viene ordinato di raccogliere un campione è indispensabile che il paziente comprenda:

il "come" cioè il procedimento e il "perchè" dell'esame.

Importante per questi aspetti è l'educazione sanitaria che si deve rivolgere al paziente affinché questi comprenda le procedure e collabori con l'infermiere.

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PRELIEVO VENOSO**	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 4

Definizione

Prelevare una determinata quantità di sangue dal sistema venoso.

Le vene di prima scelta sono quelle sottocutanee della piega del gomito (mediana, cefalica, basilica).

E' bene evitare prelievi in zone del corpo che hanno subito di recenti traumi o su arti ove è stato eseguito un intervento o vi sia in corso una terapia endovenosa in corso.

Scopo

Effettuare esami sul sangue intero, sul plasma o sul siero.

Materiale

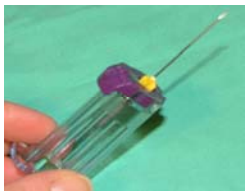
E' necessario per l'applicazione della procedura:

- cotone
- antisettico
- cerotto
- guanti monouso
- telo
- arcella
- laccio emostaticoù

- contenitore per rifiuti rigido per taglienti e non
- provette varie
- portaprovette
- richieste

Prelievo con sistema vacutainer

1) Controllare che le provette abbiano contrassegnato i dati del paziente identificato
2) raccordare l'ago scelto al vacutainer
3) individuare il sito, disinfettare e pungere la vena
4) inserire le provette nel vacutainer
5) rimuovere le provette quando il sangue ha raggiunto il livello indicato



6) rimuovere l'ago, disinfettare e tamponare con un batuffolo di cotone mantenendo una pressione per qualche minuto

Prelievo con sistema vacutainer e con raccordo per ago a farfalla

1) Controllare che le provette abbiano contrassegnato i dati del paziente identificato
2) Informare il paziente
3) Assicurarsi che sia digiuno (se richiesto)
4) Lavare le mani
5) Posizionare il telo sotto il braccio
6) Applicare il laccio emostatico
7) Individuare il sito, disinfettare e pungere la vena
8) Non palpare più dopo la disinfezione
9) Inserire l'ago in vena
10) Prelevare il sangue
11) Rimuovere le provette quando il sangue ha raggiunto il livello indicato

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

12) rimuovere l'ago, disinfettare e tamponare con un batuffolo di cotone mantenendo una pressione per qualche minuto

13) allegare le richieste alle provette

14) smaltire i rifiuti

15) lavarsi le mani

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FASI	FUNZIONI			
	Cs.	Inf.	Oss O Ditta GESAP	Ota O Ditta GESAP
Richiesta materiale disinfettante	R	R		
Approvvigionamento materiale		R	C	C
Preparazione del materiale		R		
Effettuazione del prelievo		R		
Invio delle provette		R	C	C
Trasporto dei campioni			R	R

NB. A prelievo effettuato le provette di ogni paziente vanno poste in un sacchetto (TRANS BAG), con allegato apposito modulo.

BIBLIOGRAFIA

- C. Sironi / G. Baccin procedure per l'assistenza infermieristica – Masson 2006
- S. Agosta / R. Signani / L.Casadio Manuale delle procedure infermieristiche - Minerva 2006

ALLEGATO N: 2

Provetta tappo rosso

Azotemia, Glicemia, Creatinina, Sodio, Potassio, Calcio, Magnesio, Fosforo, Colesterolo, L D L, H D L, Trigliceridi, Bilirubina totale e frazionata, Acido urico, Sideremia, C.P.K. + M B, Troponina, Mioglobina, Amilasi, Fosfatasi alcalina, Transaminasi, Colinesterasi, yGT ,Q P E + proteine totali, Markers dell'epatite

Provetta tappo viola

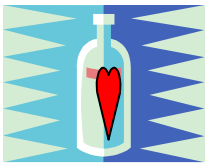
Emocromo con formula, V E S

Provetta tappo celeste

PT, PTT, Fibrinogeno, AT III, INR

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER L'EMOCULTURA** 	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 2

DEFINIZIONE

Particolare analisi microbiologica che serve per isolare e riconoscere microrganismi patogeni presenti nel sangue (il sangue in condizioni normali non contiene alcun microrganismo). Si esegue osservando a distanza di alcune ore o giorni l'eventuale sviluppo di microrganismi nei campioni di sangue prelevati.

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Spiegare al paziente che questo esame permette di identificare il microrganismo responsabile della sua sintomatologia. Informarlo che non è necessaria nessuna restrizione alimentare, che è necessario prelevare tre campioni di sangue e che potrà avere qualche fastidio transitorio causato dalla puntura dell'ago o dalla compressione del laccio

MODALITÀ DI ESECUZIONE

1) praticare il prelievo prima dell'inizio della terapia antibiotica se questo non è possibile segnalare se il paziente è in terapia con antibiotici
2) Lavarsi le mani con antisettico
3) Indossare guanti monouso
4) Disinfettare la cute con disinfettante (es. soluzione di clorexidina)
5) Rimuovere il cappuccio dei flaconi per emocoltura e disinfettare il gommino da perforare con disinfettante non contenete iodio
6) Effettuare il prelievo senza toccare con le dita la zona se necessario indossare guanti sterili con i flaconi rispettivamente per aerobi e per anaerobi, prelevando la quantità richiesta con sistema vacutainer
7) prelevare 3-10 ml di sangue usando il sistema a circuito chiuso in dotazione

8) estrarre l’ago dalla vena ed eliminarlo nel contenitore rigido
9) Mescolare accuratamente i flaconi
10) rimuovere i guanti e gettarli nell’apposito contenitore
11) lavare le mani con acqua e sapone
12) non coprire il gommino perforabile dei flaconi con garze e cerotti
13) non coprire mai con etichette adesive il codice a barre dei flaconi

CONSERVAZIONE
a temperatura ambiente

INVIO
a) applicare ai flaconi l’etichetta con i dati del paziente
b) trasportare i flaconi negli appositi contenitori rigidi
.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER L'EMOGAS ANALISI**	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 2

DEFINIZIONE

E' un esame fondamentale per valutare l'efficienza del sistema respiratorio. Il campione di sangue può essere prelevato al lobo dell'orecchio o al dito (emogasanalisi capillare) o da un'arteria periferica del braccio o a livello femorale (emogasanalisi arteriosa).

SCOPO

Permette il riconoscimento della riduzione di ossigeno o dell'aumento di anidride carbonica che si verifica nell'insufficienza respiratoria. E' leggermente più doloroso di un prelievo venoso, ma fornisce informazioni indispensabili nei casi di patologia respiratoria di una certa gravità.

MATERIALE

E' necessario:

- guanti monouso
- siringa eparinata
- tamponi
- antisettico
- traversa
- contenitore per rifiuti
- cerotto
- richiesta

Cardiochirurgia A.O. Caserta

PROCEDURA

Identificare il paziente
Informare il paziente

Lavare le mani
Indossare i guanti
Utilizzare siringa eparinata
Selezionare la zona
Disinfettare la zona
Eseguire il prelievo
Estrarre l’ago ed infilarlo nel tappo di gomma affinché il campione non venga a contatto con l’aria
Comprimere con il tampone la zona scelta
Smaltimento dei rifiuti
Togliere i guanti
Lavare le mani
Inviare l’esame
Documentare l’esecuzione della prestazione

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

DEFINIZIONE

Si parla di versamento pericardico quando tra i foglietti pericardici si rende evidente un versamento che supera 200-300 ml o se casualmente all'ecocardiografia o Rx del torace viene riscontrato versamento.

FISIOPATOLOGIA.

Meccanismo con cui si forma il liquido: a) per aumentata pressione idrostatica capillare; b) per mancato riassorbimento, c) per aumentata permeabilità vasale.

TECNICA DI ESECUZIONE DELLA PERICARDIOCENTESI

Si utilizza un ago lungo, di diametro 18 gauge, dotato di mandrino
Periodicamente, durante l'ingresso dell'ago, si effettuano delicate aspirazioni con la siringa, per verificare il raggiungimento del sacco pericardico.
Il *monitoraggio ecografico* consente la pericardiocentesi al letto del malato, tuttavia con minori garanzie di sterilità.
L'evacuazione del pericardio deve evitare di rimuovere più di 1 litro di liquido, al fine di non provocare una dilatazione acuta del ventricolo destro, causata dalla rapida decompressione.
Le possibili gravi *complicanze* della pericardiocentesi sono la lacerazione e la perforazione miocardica, oltre all'embolia gassosa, allo pneumotorace, alle aritmie o la puntura di visceri o vasi addominali; rara l'infezione.
Nelle prime ore successive alla pericardiocentesi il catetere può essere utilizzato per la somministrazione di farmaci in sacco pericardico, purché sia rispettata scrupolosamente la sterilità.
Il paziente può essere mobilizzato non appena le condizioni cliniche lo consentano.

Cardiochirurgia A.O. Caserta

Il catetere viene generalmente lasciato in sede, in aspirazione chiusa, per 1-3 giorni. Può essere rimosso quando la quantità di liquido che fuoriesce dal catetere è pressoché nulla, previa documentazione ecografica della regressione del versamento. Qualora non fuoriesca liquido dal catetere e il versamento pericardico permanga cospicuo, si deve pensare all'occlusione del catetere di drenaggio: in questa situazione si può provare a effettuare un'aspirazione manuale con siringa, per cercare di sbloccarlo; non si

deve mai iniettare liquido di lavaggio, per il rischio infettivo della manovra. Un catetere ostruito va rimosso e sostituito da un nuovo catetere mediante nuova puntura, se è necessario. Nelle condizioni abituali di degenza, in corsia medica o cardiologica, è sconsigliabile mantenere il catetere oltre i 3-4 giorni.

MATERIALE

Guanti sterili
Garze sterili
D.P.I.
Cerotto
Telini sterili
Kit per pericardiocentesi
Disinfettante
Anestetico
Siringhe
Provette per esami
Contenitore per rifiuti

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FASI	FUNZIONI				
	Cs.	Inf.	Oss	Ota	Medico
Richiesta materiale disinfettante	R	R			
~~Approvvigionamento materiale~~		R		C	
Preparazione del materiale		R			C
Effettuazione della procedura		C			R
Invio delle provette		R	C	C	
Trasporto dei campioni			R	R	

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

DEFINIZIONE

La toracentesi è una procedura mediante la quale è possibile prelevare del liquido presente nel cavo pleurico (spazio compreso tra il polmone e la parete toracica) da sottoporre ad esame. Molte malattie, come la polmonite e il cancro, possono determinare la formazione di una grande quantità di liquido nel cavo pleurico.

QUANDO ESEGUIRLA

Le situazioni più comuni in cui è indicato eseguire una toracentesi sono le seguenti:

- Versamenti primitivi: la toracentesi può essere eseguita in tutti quei pazienti che presentano un versamento toracico senza una causa evidente per porre una diagnosi.
- Infezioni: quando c'è il sospetto della presenza di liquido infetto nel torace, la toracentesi può essere d'aiuto per la diagnosi.
- Cancro: alcuni tipi di tumore possono determinare la produzione di liquido nel torace. In questa situazione, in alcuni casi la toracentesi può essere d'aiuto per ottenere una diagnosi, essendo possibile il prelievo di un campione di cellule tumorali da sottoporre ad esame.
- Terapeutica: la presenza di una grossa quantità di liquido può ostacolare la funzione respiratoria del polmone. La rimozione del liquido può consentire un miglioramento della respirazione

Cardiochirurgia A.O. Caserta

MATERIALE OCCORRENTE

- vassoio
- arcella porta rifiuti e contenitore per taglienti
- guanti monouso non sterili
- telino non sterile

- occhiali protettivi o mascherina con visiera
- laccio emostatico o sfigmomanometro
- disinfettante
- cotone idrofilo
- aghi cannula di vario calibro (Gauge 14-16-18-20-22)
- soluzione fisiologica in fiala
- siringa sterile
- forbici
- cerotto per fissaggio

ESECUZIONE

La toracentesi viene eseguita in anestesia locale. La metodica prevede l'introduzione di un ago tra le coste in modo da raggiungere il cavo pleurico.

FIGURA 9.13 - Posizione a "cravatta" del cerotto a sostegno dell'ago

RISCHI

Sebbene rari, la toracentesi può comportare i seguenti rischi:

- Sanguinamento: durante l'introduzione dell'ago è possibile che venga leso accidentalmente un un vaso sanguigno. Il sanguinamento di solito si arresta spontaneamente. In alcuni casi il sanguinamento può dare origine ad un ematoma, raramente il sanguinamento è notevole ed accumularsi nel cavo pleurico tale da richiedere un drenaggio toracico o addirittura un intervento chirurgico

- Collasso polmonare: durante l'introduzione dell'ago, raramente, si può pungere il polmone. La perforazione può essere minima e rimarginarsi rapidamente. Se la perforazione è rilevante, l'aria può penetrare nel cavo pleurico e causare il collasso del polmone (questa situazione viene definita pneumotorace). In questi casi, talvolta un tubo toracico è utilizzato per drenare l'aria dal cavo pleurico in modo da permettere la riespansione del polmone;

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER LA RACCOLTA DELLE URINE**	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 1

DEFINIZIONE

Raccolta di urine emesse al mattino, non è necessario il mitto intermedio in contenitori puliti ma non sterili (provetta tappo bianco)

SCOPO

Ottenere informazioni riguardo alle caratteristiche (quantità, colore, odore, peso specifico,) , caratteristiche chimiche (si evidenzia la presenza e la quantità di sostanze del sedimento).

MATERIALE

Occorre:
provetta non sterile tappo bianco
detergente con acqua
guanti monouso
bicchiere monouso
richiesta

PROCEDURA

Identificare il paziente
Informare il paziente
Controllare la prescrizione
Assicurare la privacy
Raccogliere l'urina (bicchiere, padella o pappagallo) quindi mettersi i guanti monouso
Mettere l'urina nella provetta
Smaltire i rifiuti
Ordinare il materiale
Inviare provetta in laboratorio
Registrare la procedura effettuata

Cardiochirurgia A.O. Caserta

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER L'URINOCULTURA**	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 2

DEFINIZIONE

L'urinocoltura è un esame delle urine che serve a identificare la presenza in esse di batteri e a definirne la specie. Di solito viene completata dall'antibiogramma, cioè da un test di laboratorio che ricerca tra i vari antibiotici quello più adatto a uccidere il germe trovato nelle urine.

COME SI ESEGUE L'ESAME

La modalità di esecuzione dell'esame è molto importante agli effetti del risultato. L'urina deve essere raccolta durante la prima emissione del mattino, dopo aver accuratamente lavato le mani e i genitali con sapone e abbondante acqua (non usare disinfettanti).

L'urina deve essere direttamente raccolta in un apposito contenitore sterile, che deve essere aperto poco prima dell'uso e richiuso subito dopo.

La donna deve tenere divaricate le grandi labbra con una mano mentre raccoglie l'urina; l'esame non deve essere effettuato durante le mestruazioni.

Per i bambini molto piccoli esistono in commercio appositi sacchetti sterili da applicare ai genitali esterni nei quali raccogliere l'urina.

Il contenitore va consegnato il più presto possibile al laboratorio. Può essere conservato per qualche ora in frigorifero a una temperatura compresa tra 2 e 8 °C.

In casi particolari, quando il paziente non è in grado di collaborare o se si vuole essere assolutamente certi di non avere contaminazioni, si può raccogliere l'urina attraverso un catetere vescicale.

Cardiochirurgia A.O. Caserta

MATERIALE PER LA RACCOLTA

- contenitore sterile a bocca larga con tappo a vite
- sacchetto sterile adesivo per la prima infanzia
- detergente, garze sterili
- catetere vescicale

- salviette

PROCEDURA

Le attivita' che devono essere garantite sono:

- controllare la prescrizione
- identificare il paziente
- garantire la privacy
- indossare i guanti dopo lavaggio delle mani
- riordinare il tutto
- togliersi i guanti
- lavarsi le mani
- registrare la procedura

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER L'ESPETTORATO**	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 1

DEFINIZIONE

Prelievo di secrezioni proveniente dalle vie aeree.

SCOPO

L'espettorato viene raccolto per identificare le caratteristiche fisiche, la presenza di microrganismi patogeni e di tessuto o cellule neoplastiche.
Si distinguono quindi:

- esame batteriologico - culturale
- esame batterioscopico e citologico

MATERIALE

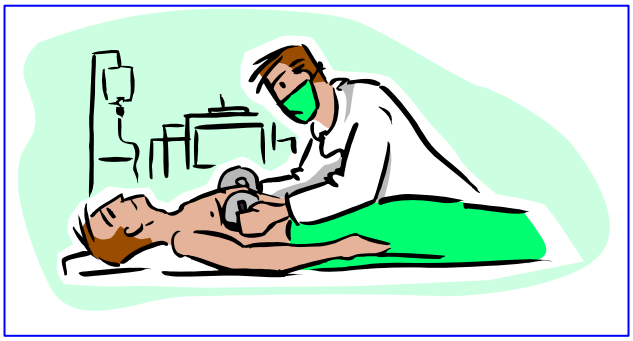
contenitore sterile a bocca larga con tappo a vite (tipo urinocoltura)
guanti monouso
contenitore per i rifiuti
richiesta

PROCEDURA

informare il paziente sulle procedura che si sta per effettuare
al mattino a digiuno
dopo corretta pulizia del cavo orale
fare eseguire gargarismi
quindi far espettorare direttamente il paziente nel contenitore sterile senza inquinarlo (evitare che il campione contenga solo saliva)
inviare in laboratorio in contenitore apposito per trasporto
smaltire i rifiuti

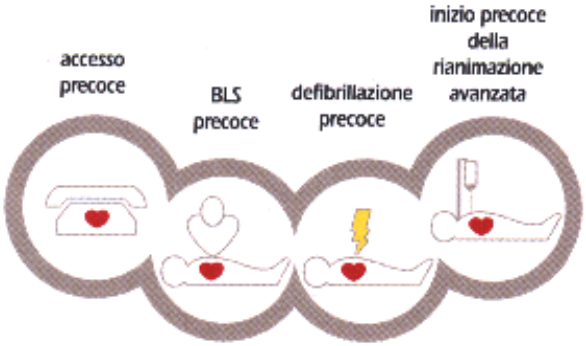
INTRODUZIONE AL CAPITOLO IV°

La conoscenza delle ***pratiche rianimatorie*** è una “conditio sine qua non” dell’operatore sanitario, ed in particolare in quello operato al cuore. Egli deve sapersi muovere al letto dell’ammalato in maniera efficace e determinata per rendere la sua opera in condizioni di emergenza “salvavita”. Apparecchiature e farmaci all’uopo vanno attentamente sorvegliati quotidianamente, ed in particolare il carrello sul quale essi sono stati preparati.



Cardiochirurgia
A.O. Caserta

CAPITOLO IV° L’EMERGENZA/URGENZA



PREMESSA

L'urgenza configura una condizione clinica che se non trattata porta ad un danno più o meno grave per la salute del paziente, l'emergenza configura una condizione clinica che se non trattata porta rapidamente a morte il paziente. Le emergenze che interessano gli operatori di un reparto ospedaliero sono fondamentalmente le emergenze cardiologiche e quelle emorragiche. In Italia ogni minuto un cuore si ferma. Esso può appartenere a chi è giunto al termine della propria vita, e allora la morte si configura come un evento naturale, ma può essere che il cuore che si ferma è "troppo sano per morire", o che si ferma in ambiente protetto, per esempio un reparto ad alta specialità, dove "non doveva fermarsi", in questi casi parleremo di morte inattesa.

La morte inattesa è un evento drammatico che in molti casi si può e si deve prevenire, limitando i fattori di rischio cardiovascolare (prevenzione), ma che si può e si deve anche combattere, impedendo che un arresto cardiorespiratorio improvviso perduri così a lungo da causare la morte del cervello e quindi la morte dell'individuo. Quando la circolazione si arresta dopo alcuni secondi il soggetto perde conoscenza e cessa di respirare (morte clinica); con la RCP (Rianimazione Cardio Polmonare), la terapia elettrica e la terapia farmacologia egli può riprendersi perfettamente.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

ARRESTO CARDIACO E RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Per **Arresto Cardiaco** (AC) si intende un'improvvisa cessazione delle funzioni di pompa del cuore che porta alla morte se non adeguatamente e tempestivamente trattata. L'AC può riconoscere varie cause ma nella maggior parte dei casi è da imputare alla cardiopatia ischemica.

Un persona è vittima di un arresto cardio-respiratorio quando:

- **1. è priva di coscienza;**
- **2. non respira spontaneamente (o ha un respiro boccheggiante - gasping);**
- **3. non è possibile rilevare il polso all'arteria carotide.**

I punti 2 e 3 non devono necessariamente essere presenti nello stesso momento, ma basta la presenza di uno dei due a fare iniziare la sequenza del BLS.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta
Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

LA SEQUENZA DEL BLS

La sequenza delle procedure di BLS consiste in una serie di **azioni** alternate con **fasi di valutazione**. Schematicamente si distinguono infatti la fasi **A, B,** e **C** ognuna delle quali è composta da una parte di valutazione e da una parte di eventuale azione.

- **A. Valutazione della pervietà delle vie aeree (Airway);**
- **B. Valutazione della presenza di respiro spontaneo(Breathing);**
- **C. Valutazione della presenza di attività circolatoria (Circulation).**

Ogni valutazione ed ogni azione vanno eseguite nella corretta sequenza e nella corretta modalità.
Se si riscontra l'assenza della funzione indagata (es. mancanza di respiro spontaneo) si procede immediatamente a supplire la medesima con l'azione adeguata (es. respirazione bocca-bocca).

VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA

Il primo passo nel soccorso di una persona apparentemente senza vita consiste nel valutarne lo stato di coscienza:

- **chiamare ad alta voce la persona;**
  scuoterla delicatamente

Cardiochirurgia A.O. Caserta

Una volta appurato che la persona non è cosciente :

- **chiamare aiuto**
- **posizionare la vittima su un piano rigido allineando il capo, il tronco e gli arti.**

APERTURA DELLE VIE AEREE

La perdita di coscienza determina un rilasciamento muscolare; la mandibola cade all'indietro e la lingua va ad ostruire le prime vie aeree. Per ottenere la pervietà delle vie aeree:

- **sollevare con due dita il mento;**
- **spingere la testa all'indietro appoggiando l'altra mano sulla fronte.**

Questa manovra impedisce la caduta indietro della lingua e permette il passaggio dell'aria.

Tecnica alternativa:

- **posizionandosi dietro la testa del paziente, sollevare la mandibola agganciandone gli angoli con le due mani.**

Mezzo aggiuntivo: cannula faringea

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

La cannula faringea facilita il mantenimento della pervietà delle vie aeree; posta tra la lingua e la parete posteriore del faringe garantisce il passaggio dell'aria attraverso le vie aeree superiori impedendo il collabimento della base della lingua contro la parete posteriore del faringe, sia in caso di respiro spontaneo che durante ventilazione con maschera.
Le giuste dimensioni della cannula possono essere stimate prendendo la distanza tra il lobo dell'orecchio e l'angolo della bocca.

La cannula deve essere introdotta nella bocca con la concavità inizialmente rivolta verso il naso del paziente e successivamente ruotata di 90° durante l'introduzione, fino a posizionarla con la concavità rivolta verso il mento

.

Attenzione: se sono presenti i riflessi faringei, è possibile che lo stimolo meccanico della cannula provochi il vomito; in questo caso l'ostruzione delle vie aeree può venire aggravata. **È opportuno quindi non impiegare la cannula se il soggetto reagisce al tentativo di inserimento.**

VALUTAZIONE DELLA PRESENZA DI ATTIVITÀ RESPIRATORIA

Una volta provveduto alla pervietà delle vie aeree occorre valutare se l'attività respiratoria è presente:

mantenere il mento sollevato ed il capo esteso;
- **avvicinare la guancia alla bocca e al naso della vittima;**
- **ascoltare e/o avvertire l'eventuale passaggio di aria;**
- osservare se il torace si alza e si abbassa.

RESPIRAZIONE BOCCA-BOCCA

Qualora l'attività respiratoria sia assente, è necessario iniziare la respirazione artificiale.

Tecnica della respirazione bocca-bocca:

- posizionanrsi a fianco della vittima, mantenerne il capo esteso tenendo una mano sulla fronte mentre con il pollice e l'indice si chiudono le narici, sollevare il mento con due dita dell'altra mano;
- appoggiare la propria bocca bene aperta sulla bocca della vittima facendola aderire bene;
- soffiare due volte lentamente nelle vie aeree della vittima in modo da gonfiare i suoi polmoni;
- mentre si insuffla osservare che il torace si alzi;
- tra un'insufflazione e l'altra osservare che la gabbia toracica si abbassi.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

N.B.: Il pollice e l'indice della mano sulla fronte devono stringere il naso della vittima nel momento dell'insufflazione.
Se per qualche motivo la ventilazione attraverso la bocca è impedita, è possibile insufflare attraverso il naso della vittima mantenendo sempre esteso il capo con una mano e sollevando il mento per chiudere la bocca con l'altra. Insufflazioni troppo brusche o con insufficiente estensione della testa provocheranno introduzione di aria nello, stomaco, distensione gastrica e vomito.

VENTILAZIONE CON MEZZI AGGIUNTIVI

E opportuno che il personale sanitario utilizzi mezzi aggiuntivi di ventilazione, evitando, quando possibile, il contatto diretto con il paziente.

VENTILAZIONE BOCCA-MASCHERA

Si pratica per mezzo di una maschera tascabile (pocket mask) o di maschere per rianimazione tradizionali.

- **posizionarsi dietro la testa della vittima;**
- **appoggiare la maschera sul viso della vittima coprendo completamente il naso e la bocca;**
- **sollevare la mandibola ed estendere la testa con entrambe le mani;**
  mantenere aderente la maschera con i pollici di entrambe le mani;
- **insufflare nel boccaglio della maschera.**

La ventilazione bocca-maschera è molto efficace, di facile esecuzione e permette di erogare un volume elevato di aria ad ogni insufflazione.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

VENTILAZIONE PALLONE-MASCHERA

Si effettua utilizzando il sistema pallone autoespansibile-maschera e, non appena possibile, ossigeno. Una valvola unidirezionale permette all'aria espirata di non rientrare nel pallone e quindi di non essere reinspirata.

· **posizionarsi dietro la testa del paziente;**
· **appoggiare la maschera, sollevare la mandibola ed estendere la testa con la mano sinistra;**
· **comprimere il pallone con la mano destra.**

Insufflazioni brusche o eseguite senza una adeguata pervietà delle vie aeree possono provocare distensione gastrica.
Attenzione: nel caso che la ventilazione con il pallone non risulti efficace (non si osservano le escursioni del torace), è necessario passare subito ad un altro tipo di ventilazione (bocca-maschera o bocca-bocca). La difficoltà di mantenere una buona aderenza della maschera e di garantire un sufficiente volume corrente rendono necessario un addestramento specifico per raggiungere una manualità adeguata.

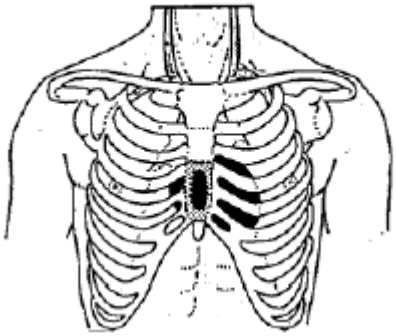
VALUTAZIONE DELLA PRESENZA DI ATTIVITÀ CIRCOLATORIA

Dopo aver effettuato 2 insufflazioni è necessario valutare se è presente l'attività circolatoria. Per far questo si ricerca la presenza di pulsazioni alla carotide (polso carotideo):
· **mantenere estesa la testa della vittima con una mano;**
· **con l'indice ed il medio dell'altra mano individuare il pomo di Adamo;**
· **far scivolare le dita dal pomo di Adamo lateralmente fino ad incontrare un incavo nella parte laterale del collo;**
· **palpare per 5 secondi con i polpastrelli per avvertire eventuali pulsazioni in questa area; la pulsazione va cercata con delicatezza per evitare di schiacciare l'arteria.**
La ricerca del polso si esegue dal lato dove si trova il soccorritore; si deve evitare che le dita siano poste di traverso sulle vie aeree per non comprimerle.
Il polso periferico (ad es. il polso radiale) non risulta affidabile per la valutazione della presenza di un'attività cardiaca efficace.

COMPRESSIONI TORACICHE (MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO)

Se il polso carotideo è assente, ciò significa che è assente una attività cardiaca efficace. È necessario provvedere a sostenere la circolazione in maniera artificiale per mezzo delle compressioni toraciche o massaggio cardiaco esterno.
Il cuore si trova all'interno della gabbia toracica subito dietro lo sterno.
Comprimendo lo sterno il cuore viene schiacciato contro la colonna vertebrale e questo, assieme ad un aumento della pressione all'interno del torace, permette al sangue contenuto nelle camere cardiache e nei grossi vasi di essere spinto in circolo; rilasciando il torace il cuore si riempie di muovo.

La quantità di sangue che viene mobilizzata con il massaggio cardiaco esterno è molto esigua ma comunque sufficiente per scongiurare il rapido il rapido instaurarsi dell' anossia cerebrale.



TECNICA

1. Ricerca del punto di compressione e posizione delle mani:

- **far scorrere l'indice ed il medio lungo il margine inferiore della cassa toracica ed individuare il punto di incontro dell'ultima costa con lo sterno;**
- **appoggiare le due dita al di sopra di questo punto sulla parte ossea dello sterno;**
- **appoggiare il "calcagno" dell'altra mano accanto alle due dita; questo è il punto corretto dove effettuare le compressioni;**

- **appoggiare le due dita al di sopra di questo punto sulla parte ossea dello sterno;**
- **appoggiare il "calcagno" dell'altra mano accanto alle due dita; questo è il punto corretto dove effettuare le compressioni;**

· **appoggiare il "calcagno" della prima mano sopra l'altra ed intrecciare le dita per assicurarsi che rimangano sollevate e non comprimano le coste**.

2. Esecuzione del massaggio cardiaco:

· **posizionarsi in modo che le proprie braccia e le proprie spalle siano sulla verticale dell'area della compressione;**
· **comprimere ritmicamente il torace ad una frequenza di 80-100/min; il torace si deve abbassare di 4-5 cm;**
· **la compressione ed il rilasciamento devono avere la stessa durata;**
· **mantenere le braccia tese, sfruttando il peso del tronco;**
· **alternare 15 compressioni a 2 insufflazioni se il soccorritore si trova ad agire *da solo*;**
· **se i soccorritori sono *due* si alternano 15 compressioni toraciche a 2 insufflazione;**

· **dopo 3-4 cicli, e successivamente ogni pochi minuti, ricontrollare il polso carotideo; se è assente, continuare;**
· **non interrompere mai il BLS per più di 5 secondi.**

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*

Cardiochirurgia A.O. Caserta	**PROCEDURA PER IL RIORDINO E LA PULIZIA DEL CARRELLO D'EMERGENZA**	DATA: Novembre 2006 REV. N. 1 PAG. N. 3

DEFINIZIONE

E' un carello su ruote che è costituito da un piano scorrevole, da una tavola per praticare il massaggio cardiaco, da cassetti ove troviamo farmaci presidi monouso ecc, contiene un defibrillatore ed una bombola per l'erogazione dell'ossigeno. L'ubicazione del carrello delle urgenze deve essere individuata in un luogo facilmente accessibile e nota a tutti gli operatori dell' U.O.

SCOPO

Garantire l'efficacia delle urgenze/emergenze agendo tempestivamente ed in modo uniforme

PROCEDURA PER APPROVVIGIONAMENTO E RIORDINO

FASI	FUNZIONI				
	P	M	Cs.	Inf.	Oss
Richiesta materiale disinfettante			R	R	
Approvvigionamento materiale				R	C
Controllo materiale e scadenze				R	
Pulizia					R
Controllo procedura			R	R	
Applicabilita' della procedura	R	R	R	R	

Cardiochirurgia A.O. Caserta

Leggenda

P = primario

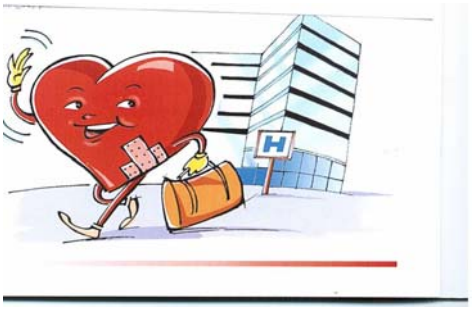
M= medico
IP = infermiere
CS = caposala
OSS= operatore dell'assistenza
R= responsabile
C= coinvolto

N.B.

Il controllo delle scadenze dei presidi e dei farmaci deve essere fatto ogni sabato
L'approvvigionamento ogni volta che viene usato
La pulizia del carrello viene fatta ogni volta che viene usato ed inoltre una volta a settimana il sabato viene effettuata a fondo

INTRODUZIONE AL CAPITOLO V°

L'evento *ritorno a casa* ha un ruolo fondamentale nella vita del paziente, che, poiché sottoposto ad uno sconvolgimento delle proprie abitudini, ha in questa fase un momento psicologico di alta labilità, legato a paura ed insicurezza. Un ambiente sereno e disponibile gioca quindi un ruolo importante al fine di trasmettere regole di vita e capacità di ripresa. L'obiettivo degli operatori è di permettergli la ripresa di una vita il più possibile normale, rispettando le regole della prevenzione secondaria. Tra queste, i portatori di protesi valvolare cardiaca devono attentamente essere eruditi sulla terapia anticoagulante, che, se correttamente eseguita, assicura la giusta funzionalità del cuore, evitando il rischio di malfunzione protesica.



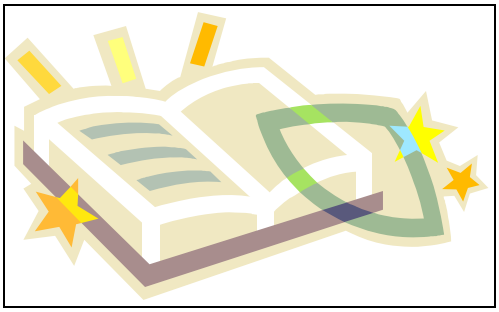
CAPITOLO V° EDUCAZIONE SANITARIA

L'educazione sanitaria è un processo educativo che tende a responsabilizzare i cittadini, singoli e a gruppi, nella difesa della salute propria e altrui. Il momento essenziale consiste nell'assunzione di una propria responsabilità (consapevole e non delegata) nella difesa del proprio equilibrio fisico e psichico… …si realizza attraverso un processo di comunicazione.

(Modolo M.A., Seppilli A. – Educazione Sanitaria. Il Pensiero Scientifico Editore – 1981)

Ne deriva che l'educazione sanitaria è una strategia educativa volta a rendere l'individuo consapevole della propria salute come risorsa per la vita quotidiana e per ritardare o evitare le malattie, specie cronico degenerative (prevenzione).
Quando poi l'individuo deve essere analizzato nel timore di patologie o è ammalato e quindi necessita di cure, la Educazione Sanitaria deve estendersi a renderlo in grado di capire il percorso diagnostico o terapeutico e a farsi coinvolgere in maniera informata. Educazione Sanitaria e Promozione della Salute devono poi diventare un tutt'uno con risultati che dall'individuo si riflettono sulla società.

(Referenze: Dichiarazione di Alma Ata 1978, Carta di Ottawa 1988)



Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Direttore: Dott. *Luigi Piazza*
Coordinatrice : D.A.I. *M. Teresa Peyer*
Dirigente medico I° livello Dr. F.P. Tritto

TORNANDO A CASA

Molte sono le domande che si pone chi è stato operato al cuore; sono talmente tante che, un po' perché non le ricorda , un po' per imbarazzo, talora non vengono poste a chi potrebbe essere d'aiuto con una risposta quanto più possibile chiarificatrice. L a domanda che viene spesso posta è:

"Sono stato operato al cuore: posso ancora ...?"

Per cercare di essere d'aiuto in questa situazione, ho pensato di rispondere ad alcune delle domande che più spesso ci vengono poste dai nostri pazienti, cercando contemporaneamente di dare una risposta esauriente. E' da tener presente che sono indicazioni necessariamente generali dirette a tutti i pazienti, e che per ciascun paziente potrebbero presentarsi situazioni particolari. Pertanto Lei si deve sentire libero di parlare con il Personale Sanitario di Reparto.

a) Lavoro: lo si può riprendere?

In linea generale si consiglia una progressiva ripresa dell'attività di sempre, cercando di evitare impegni particolarmente gravosi dal punto di vista fisico e dello stress psicologico. Questo significa ad esempio, sia non sollevare pesi eccessivi, così come non assumersi subito tutta la responsabilità della conduzione della casa.

Cardiochirurgia A.O. Caserta

b) Alimentazione: che cosa mangiare e che cosa evitare?

Se non ci sono particolari problemi (ad esempio: diabete, insufficienza renale, ecc.), l'alimentazione potrà essere la più varia possibile, seguendo solo alcuni suggerimenti quali:

- **cercare di eliminare i grassi animali,**

- **limitarsi ad un caffè al giorno ed a 1/2 bicchiere di vino ai pasti,**

- **non fare mai pasti abbondanti,**

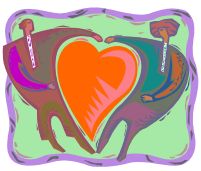
abolire il fumo ed evitare anche ambienti particolarmente fumosi.

c) Attività fisica: la si può riprendere?

L'attività fisica può essere ripresa con *gradualità:* si può camminare, andare in bicicletta, fare le scale ed anche fare ginnastica leggera. Sono sempre da evitare sforzi violenti ed improvvisi, tornando ad una attività del tutto normale dopo circa tre mesi dall'intervento, salvo altre indicazioni fornite dal cardiochirurgo.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

d) Attività sessuale: la si può riprendere?



Una *graduale* ripresa dell'attività sessuale può risultare favorevole sul piano psicologico anche per coloro che hanno avuto un intervento al cuore. Va affrontata in una situazione emotiva quanto più possibile tranquilla e serena.

e) Viaggi: come comportarsi?

Prima di riprendere la guida dell'auto, è opportuno attendere la prima visita di controllo del Cardiochirurgo. Si può invece tranquillamente salire in macchina, in treno, in aereo. E' opportuno fare, quando possibile, alcune soste, specialmente nei lunghi viaggi in automobile e vanno tenuti in considerazione alcuni disagi che possono capitare quando si viaggia (quali lunghe attese, differenze di fusi orari, etc.

f) Vacanze: dove andare?

Ovunque si voglia, sia al mare, che in montagna, che al lago, cercando di evitare disagi eccessivi:

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

in montagna: **non superare i 2000-2500 metri di altitudine ed evitare rapide ascese;**

a*l mare:* **non andare in spiaggia nelle ore troppo calde, come pure evitare di fare il bagno da soli o allontanarsi da riva.**

g) Igiene personale: ci si può tranquillamente lavare?

L'uso del bagno e/o doccia non ha alcuna controindicazione ed è anzi consigliato dopo 3-4 giorni dalla dimissione. Le uniche precauzioni, per il primo periodo, sono quelle di non usare troppe schiume o saponi sulla ferita e di non strofinarla troppo (specie con le spugne!). Si possono lavare normalmente anche i capelli, preferendo il lavaggio sotto la doccia per evitare di stancarsi troppo.

g) Calze o fasce elastiche: cosa è meglio usare?

Per i primi 20 giorni/1 mese sono da preferire le fasce elastiche (da indossare sin dal mattino!): questo perché è più facile regolare la loro compressione nei diversi punti delle gambe, che possono presentarsi più o meno gonfie. Poi si ridurrà il loro uso al solo pomeriggio, per passare infine, dopo circa 2 mesi, all'uso della calza elastica - ovviamente se necessario.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

CONCLUSIONI

Mi fermo qui, consapevole certo di non avere esaurito tutte le domande che possono sorgere a chi è operato al cuore. Spero comunque di avere risolto almeno in parte

qualche dubbio. Si ricordi sempre che Lei non deve avere fretta, perché il miglioramento ci sarà, anche se il tempo che dovrà attendere per raggiungere una buona condizione fisica potrà sembrarLe lungo.

Inoltre…..

Cerchi di concedersi sempre le cose di cui sente di avere bisogno, come un buon sonno (almeno 6/8 ore) e una salutare camminata all'aria aperta; se non ne ha voglia, sappia anche rifiutare un incontro con gli amici. Tutto ciò La aiuterà a riprendere gradualmente la vita di sempre, senza angosciarsi per il timore di non farcela.

Buona convalescenza

LA COORDINATRICE INFERMIERISTICA

MARIA TERESA PEYER

Per informazioni tel. 0823/232624

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

U.O. C. di CARDIOCHIRURGIA
DIRETTORE DOTT. LUIGI PIAZZA
A. O. "S. SEBASTIANO" - CASERTA

GUIDA PER IL PAZIENTE

ANTICOAGULATO

A CURA DELL'ÉQUIPE MEDICA DELL'U.O. DI CARDIOCHIRURGIA

E CON LA COLLABORAZIONE DELLA

COORDINATRICE INFERMIERISTICA

MARIA TERESA PEYER

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

INDICE

- **Presentazione**

- **Perché si devono assumere gli anticoagulanti orali**
- **Come funzionano**
- **Come se ne misura l'efficacia**
- **Le emorragie**
- **Quando si prendono i farmaci**
- **La dieta**
- **L'alcool**
- **Le interazioni con altri farmaci**
- **Vaccinazioni**
- **Procedure odontoiatriche**
- **Esecuzione di esami endoscopici o biopsie**
- **Gravidanza, allattamento**
- **Viaggi, sport**
- **Da ricordare**
- **Indirizzi utili**

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

PRESENTAZIONE

La realizzazione di questo opuscolo è stata possibile grazie all'aiuto di tutta l'équipe medica dell' U.O.C. di Cardiochirurgia dell'Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta diretta dal Dr. L. Piazza e della sua Coordinatrice Infermieristica Sig. M. Teresa Peyer

Questa guida non intende in alcun modo essere un trattato sull'argomento ma si propone di rappresentare un semplice aiuto ai pazienti in trattamento con anticoagulanti orali

1.Perché si devono assumere gli anticoagulanti orali

Gli **anticoagulanti orali o dicumarolici** (Coumadin e Sintrom) sono farmaci in grado di modificare la capacità di coagulare del sangue, rendendo meno attivo il sistema emostatico e quindi riducendo il rischio della formazione di trombi.

2.Come funzionano gli anticoagulanti orali

La loro azione è basata sull'interferenza con l' attivazione di alcune sostanze (fattori di coagulazione) che servono per la formazione del coagulo; queste per essere attive hanno bisogno della vitamina K. Gli anticoagulanti orali inibiscono l'azione di questa vitamina indirettamente, rendendo il sangue meno coagulabile. C'è quindi antagonismo tra gli anticoagulanti orali (Coumadin e Sintrom) e vitamina K, che pertanto può essere usata come antidoto in caso di dosaggio eccessivo di tali farmaci. La vitamina K di cui noi disponiamo è in parte introdotta con il cibo e in parte direttamente prodotta nel nostro intestino dai germi che normalmente vi abitano; questo ci consente di averne sempre la quantità necessaria. Solo eccezionalmente l'apporto di vitamina K non è sufficiente alle normali necessità dell'organismo.

Tuttavia, se questi farmaci consentono di impedire la formazione di trombi nel cuore, nelle arterie e nelle vene, espongono l'individuo ad un aumentato rischio di emorragia. Infatti il sistema coagulativo sarà meno pronto ad intervenire nel caso si producano lesioni soggette a sanguinamento.

Un evento emorragico può capitare per le ragioni più diverse anche in assenza di trattamento con anticoagulanti orali, ma nell'individuo trattato con questi farmaci possono rendersi evidenti e più gravi anche emorragie che altrimenti non si manifesterebbero. Ciò è più probabile quando il sistema

coagulativo è molto rallentato. Pertanto, è importante che l'azione di questi farmaci sia controllata al fine di rallentare la coagulazione nei termini voluti.

Dal momento che la dose necessaria ad ottenere tale effetto è molto variabile tra i diversi individui, è necessario misurare il tempo di coagulazione attraverso l'esame del sangue, per essere certi che il trattamento sia condotto in maniera adeguata e sicura.

3.Come si misura l'efficacia degli anticoagulanti orali

Per valutare l'efficacia del farmaco è necessario fare riferimento ad un esame di laboratorio che misura il tempo che impiega il sangue a coagulare. Tale tempo viene misurato sul sangue in provetta mediante il **Tempo di Protrombina,** che abitualmente troviamo espresso o come percentuale (attività protrombinica)

o come **INR** (International Normalized Ratio). Sarà necessario usare l'INR per la regolazione della terapia anticoagulante in quanto questo rappresenta il modo più corretto e sicuro di cui disponiamo. E' infatti l'unico sistema che ci consente di avere dati confrontabili con i diversi reattivi disponibili in commercio. L'assunzione dei farmaci anticoagulanti orali determina un aumento dell'INR (il valore di un soggetto non anticoagulato è 1). Per ogni situazione clinica specifica è stato identificato l'intervallo di INR più efficace e più sicuro. Pertanto all'inizio di un trattamento con anticoagulanti orali viene definito l'intervallo ideale per quell'individuo (ad esempio tra 2 e 3 o tra 2,5 e 3,5). L'INR ideale è espresso da un intervallo e non da un valore assoluto, in quanto le oscillazioni dell'INR nelle diverse misurazioni sono del tutto attese nel corso della terapia. Lo scopo delle misurazioni periodiche è quello di evitare i valori estremi, che si possono associare più facilmente ad un fallimento della terapia per i valori troppo bassi o ad un aumento del rischio emorragico per quelli troppo alti. Dal momento che la dose necessaria ad ottenere tale effetto è molto variabile tra i diversi individui, è necessario misurare il tempo di coagulazione attraverso l'esame del sangue, per essere certi che il trattamento sia condotto in maniera adeguata e sicura.

I RISCHI DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

1.Le emorragie

Dal momento che i farmaci anticoagulanti ritardano i normali processi di coagulazione del sangue, è possibile che durante il trattamento si verifichino emorragie. Al livello di anticoagulazione necessario per evitare la formazione di trombi, non si hanno solitamente sanguinamenti. Possono tuttavia comparire piccole emorragie dalle gengive, dal naso o dal retto (emorroidi); possono inoltre formarsi facilmente lividi sulla pelle anche per piccoli traumi. Sono invece del tutto normali i tempi per la riparazione di piccole ferite o di escoriazioni e non è necessario pertanto prendere alcuna particolare precauzione nello svolgimento delle attività quotidiane.

Per le donne giovani l'assunzione dei farmaci anticoagulanti non determina di solito modificazioni importanti del ciclo mestruale e solo raramente il flusso può essere un po' aumentato di intensità.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Nell'eventualità di emorragie vaginali importanti, solitamente queste compaiono solo se sono presenti alterazioni a livello dell'utero come ad esempio i fibromi, rendendo necessaria una valutazione ginecologica accurata. Nel caso invece che si trovi sangue nelle urine, nell'espettorato emesso con la tosse o nelle feci, oppure se questo fuoriesce in quantità eccezionalmente abbondanti dal naso o dalle emorroidi, è sempre opportuno effettuare una determinazione dell'INR in quel momento e rivolgersi al medico. Infatti è noto che spesso la comparsa di questi fenomeni non è dovuta alla terapia anticoagulante di per sé, quanto piuttosto alla presenza di qualche lesione facile al sanguinamento (ulcera, polipo ecc). L'anticoagulante può favorire il sanguinamento, ma solo se la parete di quell'organo non è sana.

In caso si subiscano **traumi importanti** è necessario **controllare l'INR** anche se non ci sono sanguinamenti evidenti: una lesione profonda può causare una emorragia nascosta, pertanto un valore di INR troppo alto in quel momento può essere pericoloso.

Tutte le volte che ci si presenta ad un medico per qualunque problema si deve fare presente che si sta assumendo un farmaco anticoagulante; ciò sarà di maggiore importanza proprio in Pronto Soccorso.

COME MANTENERE LA STABILITA' DELLA RISPOSTA ALLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

1.Quando si prendono i farmaci?

Il Coumadin o il Sintrom si assumono una volta al giorno, nelle ore centrali del pomeriggio o la sera prima di andare a letto; è comunque consigliabile prendere il farmaco all'incirca sempre alla stessa ora. E'opportuno prendere nota con attenzione delle dosi assunte (usando, ad esempio, la prescrizione del Centro) per ridurre le possibilità di errore.

2.La dieta

Non è necessario seguire particolari regole dietetiche durante la terapia anticoagulante orale, anzi sarebbe ideale mangiare un po' di tutto in modo equilibrato. In particolare, non ci sono motivazioni per abolire o ridurre l'assunzione di verdura e frutta. Questi cibi infatti non alterano la risposta alla terapia, mentre sono in grado di aiutarci a non aumentare di peso e a regolarizzare l'intestino. Le verdure inoltre sono ricche di vitamine, elementi indispensabili per il nostro organismo. L'assunzione costante di verdure ci aiuta a mantenere nel giusto equilibrio l'azione anticoagulante del farmaco. E' importante sottolineare che nel corso degli ultimi anni è stato dimostrato che coloro che assumono regolarmente verdure hanno anche un più basso rischio di andare incontro a malattie

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

cardiovascolari.
Coloro che devono iniziare diete specifiche per altre malattie (ad esempio il diabete o l'obesità) devono segnalarlo al Centro. Infatti, variazioni importanti nel modo abituale di alimentarsi possono influenzare l'INR. Devono inoltre essere considerate eventuali situazioni in cui per i motivi più diversi (ascesso

dentario, diarrea o altre malattie) si riduce in modo drastico per qualche giorno la quantità di cibo assunta. Queste situazioni infatti si possono associare ad un aumento eccessivo dell'INR.

3.L'alcool

L'alcool è una sostanza tossica per il nostro organismo ed esistono nel fegato sistemi capaci di eliminarlo. Tuttavia, tali sistemi in parte sono gli stessi che eliminano i farmaci anticoagulanti. Quando assumiamo alcool rallentiamo l'eliminazione degli Anticoagulanti orali aumentandone l'effetto. Inoltre , l'assunzione protratta ed eccessiva di alcool determina anche un danno delle cellule del fegato che oltre a tante altre, hanno anche la funzione di sintetizzare i fattori della coagulazione. Di conseguenza ci sono buone ragioni per contenere l'assunzione di tutte le bevande alcoliche. Queste tuttavia, se assunte con moderazione non sono dannose.
L'assunzione, anche eccezionalmente, di quantità elevate può invece essere molto pericolosa.

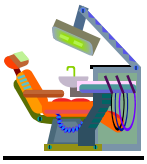
4.Le interazioni con altri farmaci

Può capitare di dover prendere altre medicine oltre agli Anticoagulanti Orali. Si deve tenere presente che queste possono modificare la risposta ai farmaci anticoagulanti a volte con un aumento, a volte con una diminuzione dell'INR. Perciò è necessario assumerli in caso di effettivo bisogno, cercando di utilizzare quelli conosciuti come sicuri. E' importante tuttavia, sapere che in caso di bisogno qualunque farmaco può essere utilizzato. Naturalmente i controlli dell'INR dovranno essere più frequenti. Nelle nostre case è molto diffusa la presenza di farmaci per il controllo del dolore o per la febbre. E' frequente che questi farmaci vengano assunti senza consultare il medico. Tra questi il più comune è l'Aspirina (o Acido Acetil Salicilico che viene commercializzato in numerosi preparati diversi). L'uso di Aspirina è molto pericoloso per coloro che assumono Anticoagulanti Orali (salvo in specifiche condizioni in cui basse dosi sono consigliate dal cardiologo). Infatti, questo farmaco è in grado di determinare sanguinamento dallo stomaco con un danno diretto. Inoltre, ha un'importante azione sulle piastrine (un altro elemento cardine del sistema emostatico) che vengono rese meno funzionanti. Questi effetti sono determinati, anche se in misura minore, da quasi tutti gli altri antidolorifici in commercio. In caso di dolore dovuto a qualunque causa si consiglia quindi di usare farmaci a base di paracetamolo. L'eventuale necessità di un antinfiammatorio, che pur si può rivelare necessario, deve essere discussa con il medico per ridurre i rischi di tale trattamento. Si deve avere inoltre cura di evitare l'iniezione di farmaci per via intramuscolare, perché si possono creare ematomi muscolari profondi molto fastidiosi.

5. Vaccinazioni

Una nota a parte riguarda le vaccinazioni che possono essere eseguite regolarmente, avendo cura di fare l'iniezione sottocute; in particolare non ci sono rischi nell'effettuazione annuale della vaccinazione antinfluenzale. L'esecuzione di questa deve comunque essere segnalata al Centro

6. Procedure odontoiatriche



Non esistono problemi particolari per sottoporsi alle cure del dentista, infatti il trattamento di carie, la detartrasi ("pulizia dei denti") o l'esecuzione di iniezioni anestetiche per altre procedure sono prive di rischi. Solo in caso di estrazioni dentarie si dovranno seguire alcune attenzioni. In particolare per le estrazioni semplici è necessario verificare che l'INR sia vicino a 2.5, avvertendo il dentista di effettuare misure locali di tamponamento. Nel caso di estrazioni multiple o complesse può essere necessario sospendere per qualche giorno l'anticoagulante. Si deve pertanto avvertire il Centro per prepararsi adeguatamente all' estrazione. E' sempre utile l'uso di antifibrinolitici per applicazione locale da usare nei giorni successivi alla procedura. E' molto importante che coloro che hanno malattie delle valvole cardiache o valvole cardiache protesiche si sottopongano sempre a profilassi antibiotica prima di andare dal dentista, anche solo per un controllo.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

7. Esecuzione di esami endoscopici o biopsie

Qualora sia necessario sottoporsi ad un esame endoscopico (gastroscopia, colonscopia, cistoscopia, etc.) è spesso necessario sospendere il trattamento con anticoagulanti orali, in quanto durante tali esami può

essere necessario effettuare biopsie. Il medico del Centro provvede alla preparazione di un programma adeguato ad affrontare senza rischi l'esame.

8.Gravidanza, allattamento

Tutti i farmaci anticoagulanti somministrabili per bocca **non possono essere utilizzati in gravidanza**, in quanto pericolosi per il bambino. E' necessario perciò che le donne in età fertile evitino una gravidanza mentre assumono questa terapia. Nel dubbio di una possibile gravidanza, è necessario eseguire al più presto un test per accertarla e rivolgersi al medico, in modo da poter sospendere gli anticoagulanti (non oltre la 6° settimana di gravidanza). Quando si desideri una gravidanza si devono sostituire i farmaci anticoagulanti con l' eparina. Questo trattamento non è pericoloso e va protratto fino al parto. Le donne in trattamento con Anticoagulanti Orali possono invece allattare, senza che questo provochi alcun rischio per il bambino.

9. Viaggi, sport

Non esiste alcuna limitazione per quanto riguarda la possibilità di viaggiare. Si deve solo tenere presente che di solito questo si accompagna a modificazioni delle abitudini alimentari, per cui si consiglia dove è possibile, di variare poco il modo di mangiare o altrimenti di effettuare controlli dell'INR più frequenti. Si consiglia di evitare gli sport che possono esporre a rischi di traumi importanti. Per tutte le altre attività non è necessaria alcuna particolare precauzione.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

DA RICORDARE :

E' NECESSARIO CONSULTARE IL MEDICO

In previsione di estrazioni dentarie

In previsioni di indagini endoscopiche del tratto intestinale o urinario

In previsioni di biopsie di organi interni

In previsioni di interventi chirurgici

Quando avvengono condizioni che modificano in maniera importante l'abituale stato di salute (in particolare la diarrea e il vomito)

Quando si devono assumere medicine diverse dalle solite non comprese nell'elenco dei farmaci "sicuri" o se si sospende o modifica il dosaggio di un medicinale che si assumeva da molto tempo

Quando si sono commessi errori nell'assunzione del farmaco anticoagulante

Se compaiono sangue in sedi non abituali (urine, feci, espettorato) oppure se ci sono segni di facile sanguinamento in qualunque altra sede.

N.B.: Tutti i pazienti portatori di protesi valvolari cardiache o di malattie delle valvole cardiache devono chiedere al loro medico istruzioni precise circa la prevenzione dell'endocardite mediante l'assunzione di antibiotici, prima di effettuare estrazioni dentarie, esami endoscopici o biopsie

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

RECAPITI TELEFONICI

Medico di Reparto: **0823/232623**

Infermiere Coordinatore : **0823/232624**

Infermeria: **0823/232620- 22**

Fax

0823/232621

E-Mail

cardiochirurgia@ospedale.caserta.it

Indirizzo:

Azienda Ospedaliera — "S.Sebastiano" Caserta
U.O. Cardiochirurgia
Palazzina Z
Via Palasciano
81100 Caserta

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

LE PAROLE DELL' OSPEDALE

(PICCOLO GLOSSARIO)

In questa sezione trovate i termini medici di uso più comune, che vi consentiranno di comprendere un po' più da vicino "la lingua dell'Ospedale".

********** **********

Anamnesi: insieme delle notizie, utili per pervenire alla diagnosi, riferite dal paziente o da persone a lui vicine, riguardanti le abitudini, le condizioni fisiologiche e patologiche passate e presenti del paziente stesso e dei familiari.

Anestesia generale: elimina la coscienza e la sensazione di dolore in tutto il corpo e si rimane in uno stato simile al sonno per tutta la durata dell'intervento. Le anestesie generali necessitano anche di un aiuto alla respirazione.

Anestesia locale**:** elimina la sensazione di dolore nella zona interessata dall'intervento.

Aneurisma ventricolare: dilatazione del ventricolo che perde la sua normale forma geometrica

Angiografia: esame diagnostico che utilizza un mezzo di contrasto per evidenziare le caratteristiche di un organo.

Bypass coronarico: procedura chirurgica che permette di portare sangue, tramite un condotto arterioso o venoso, a valle della stenosi coronarica.

Cateterismo cardiaco: introduzione, da un vaso sanguigno periferico, di un catetere che viene spinto sino al cuore, per studiarne le variazioni di pressione e altre caratteristiche.

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

Cateterismo vescicale: introduzione (attraverso l'uretra) di un catetere in vescica, per permetterel'eliminazione dell'urina.

Circolazione extracorporea: macchina che sostituisce la funzione del cuore e dei polmoni durante l'intervento, permettendo al chirurgo di lavorare in un campo operatorio fermo ed esangue.

Clistere evacuativo: introduzione di acqua, contenente o meno sostanze medicinali o evacuative, attraverso il retto. In genere viene effettuato per consentire l'evacuazione delle feci.

Cuore battente: bypass coronarico che si effettua senza l'ausilio della circolazione extracorporea, mantenendo la normale funzione cardiaca

Diabete mellito: malattia dovuta alla carenza di insulina. Questo ormone, prodotto dalle cellule endocrine del pancreas, ha il compito di far penetrare il glucosio nelle cellule dell'organismo: il glucosio è un po' come il "carburante" che consente il funzionamento delle cellule.

Diagnosi: identificazione della malattia.

Diagnosi istologica: diagnosi che deriva dall'osservazione e dallo studio della struttura microscopica dei tessuti dell'organismo.

Dissezione Aortica acuta: patologia in cui la parete dell'aorta si slamina e si crea un falso lume con altissimo rischio di rottura

Doppler (ultrasonografia): attraverso l'uso di ultrasuoni, verifica la qualità della circolazione di vasi sanguigni, sia venosi, sia arteriosi.

Ecografia: sulla parte che si vuole esaminare si inviano ultrasuoni, che vengono riflessi in misura diversa, a seconda delle strutture che incontrano. I segnali (echi) riflessi vengono riportati su uno schermo e danno un'immagine della parte esaminata, che può essere poi fissata mediante una fotografia.

Elettrocardiogramma: registrazione grafica dell'attività elettrica del cuore, ottenuta mediante l'applicazione di elettrodi ai quattro arti e al torace.

Emodialisi: il sangue passa in un apparecchio che contiene una membrana-filtro; l'emodialisi sostituisce la funzione di depurazione del sangue normalmente svolta dai reni, quando questi sono malfunzionanti.

Emostasi: arresto, spontaneo o provocato, del sanguinamento.

Esame citologico: studio, analisi delle cellule.

Esame istologico: studio, analisi di un tessuto organico.

Esofago-gastroduodenoscopia: visualizzazione diretta della pareti dell'esofago, stomaco, duodeno, mediante uno strumento ottico (gastroscopio) introdotto dalla bocca.

Holter (elettrocardiogramma a registrazione continua): è la registrazione per 24 dell'attività elettrica del cuore, prevalentemente effettuata in condizioni di vita normale e, quindi, senza ricovero.

Ipertensione: patologia che presenta valori pressori alternativamente alti e normali.

Pneumotorace: raccolta di aria nel cavo pleurico (tra polmone e parete del torace).

Radiografia: è una immagine data da raggi X che impressionano una pellicola dopo essere passati attraverso il corpo umano. I nostri organi, a seconda della loro struttura, assorbono i raggi X in quantità diverse: se contengono molta aria (come, ad esempio, i polmoni) lasciano passare molti raggi che impressionano la pellicola facendola apparire nera; se invece assorbono molti raggi (come, ad esempio, le ossa) l'immagine che ne risulterà sarà bianca, con tutti i toni d'ombra intermedi tra bianco e nero a seconda degli organi attraversati. In certi casi, per poter meglio individuare determinate strutture del corpo (canale digerente, vasi ecc.), si introducono in esse direttamente o indirettamente sostanze radio-opache, dette "mezzi di contrasto", in quanto contrastano (in bianco) le strutture da indagare. La "RX tubo digerente", ad esempio, è una radiografia che viene effettuata dopo l'ingestione di pasto opaco/bario.

RMN - (Risonanza Magnetica Nucleare): la RMN sfrutta le radiazioni emesse dai singoli componenti chimici dell'organismo (acqua e sali minerali) quando vengono a trovarsi in un intenso campo magnetico. Non è pertanto eseguibile con quei pazienti che abbiano protesi metalliche (valvole cardiache, pace-maker, protesi d'anca ecc.).

Spirometria: indagine della capacità e delle funzioni respiratorie, ottenuta mediante respirazione effettuata attraverso un tubo collegato a un apposito apparecchio.

TAC: la TAC si basa sul diverso coefficiente di assorbimento, da parte dei tessuti, di x-fotoni: i risultati vengono elaborati da un computer, analizzati e trasformati in fotografie di sezioni del corpo. Attraverso questo esame possono essere studiati quasi tutti gli organi (encefalo, cavità toracica, cavità addominale). Come per le radiografie, la persona in esame viene esposta a raggi X.

Test prova da sforzo: elettrocardiogramma registrato mentre la persona compie uno sforzo (in genere mentre pedala con un cicloergometro).

Toracentesi: estrazione di liquido dalla cavità pleurica mediante ago introdotto attraverso la parete del torace.

Trattamento fibrillazione atriale con radiofrequenza e microonde: procedura che consente di ripristinare il normale ritmo cardiaco, riducendo il rischio di trombosi e di embolizzazione associato alla fibrillazione striale

Via parenterale: qualsiasi via di somministrazione (di farmaci o altre sostanze), diversa da quella gastrointestinale (ad esempio sottocutanea, intramuscolare, endovenosa).

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

Cardiochirurgia
A.O. Caserta

REGISTRAZIONE ED ARCHIVIAZIONE

Il presente documento deve essere conservato presso l'U.O.C di Cardiochirurgia/Reparto e presso la Direzione Sanitaria dell' A.O.R.N. S. Anna e S. Sebastiano.

Viene archiviato in luogo facilmente accessibile a tutti gli operatori sanitari interessati, quindi nella medicheria dell'U.O.

Inoltre il documento deve essere reso disponibile durante le visite di controllo effettuate dalle Direzioni Sanitarie.