

10° Congresso Nazionale SIMI
**Infermieri e chirurgia della mano:
metodiche ed esperienze a confronto**

5 OTTOBRE 2013

ESPERIENZA DI UN PRONTO SOCCORSO DI CHIRURGIA DELLA MANO

G. DEZIO

Modena

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

In Italia come sapete esistono diversi centri di chirurgia della mano altamente specializzati che vedono la loro maggiore concentrazione al nord fra cui possiamo vedere Modena, Padova, Milano e così via.

Questi centri sono organizzati secondo il modello HUB e SPOKE dove HUB rappresenta l'ospedale che ospita il centro di eccellenza e SPOKE gli ospedali di periferia che dovrebbero fare da filtro, che purtroppo molte volte non fanno intasando il centro di eccellenza con traumi di 1° livello facilmente trattabili dalla periferia, creando meno disagio all'utente. Molte volte è l'utente stesso a scegliere di recarsi al centro di eccellenza dove è sicuro di ricevere un trattamento altamente specializzato.

All'interno di un centro HUB deve esserci un ambulatorio di pronto soccorso dedicato in modo da gestire tempestivamente in ogni suo aspetto un'urgenza emergenza a livello della mano, e questo dovrebbe essere per qualunque specialista si parli.

Andando al nocciolo della relazione vediamo cosa è stato fatto al Policlinico di Modena fin dal 2004.

All'interno di un progetto ben specifico è nato il pronto soccorso della mano, un ambulatorio specifico che nella fascia oraria 8 20 e con la reperibilità h24 dotato di un organico minimale ma molto competente ha sviluppato questi numeri che si commentano da soli.

Il progetto di cui si parlava prima è il seguente: affiancato al pronto soccorso in un'unica unità operativa sono stati creati degli ambulatori chirurgici. Il lavoro a stretto contatto gli uni con gli altri ha garantito quello che dicevamo prima un tempestivo ed adeguato trattamento con una riduzione dei tempi di attesa e della ripresa lavorativa visto che la maggior parte dei traumi alla mano sono di carattere INAIL.

L'infermiere, svolge un compito molto complesso essendo da solo come abbiamo visto nella slide precedente. Egli dovrà ricevere il paziente, eseguire una valutazione della lesione stabilendo una priorità, preparare il paziente a seconda del trauma e collaborare con il medico nella procedura che occorre eseguire. Inoltre organizzerà secondo i protocolli aziendali e della struttura le modalità di ricovero.

L'esperienza maturata negli anni di gestione dell'ambulatorio mi ha portato alla convinzione che la figura infermieristica sia fondamentale e, soprattutto se opportunamente formato, è in grado di assicurare al paziente una corretta gestione del trauma in modo che chi dovrà trattarlo successivamente non debba fare nuovamente il lavoro.

Come vedete uno dei tanti casi che mi è capitato: questo paziente è già stato trattato altrove e si presenta al nostro pronto soccorso anche per un secondo parere medico come d'altronde è lecito chiedere.

Di fronte a questa situazione ci si può immaginare di tutto lascio fare anche a voi delle supposizioni su che tipo di lesione può avere questo paziente.

Alla fine è già stato trattato anche nel modo più corretto possibile e bastava solo ragionarci un attimo per non lasciarlo nelle condizioni in cui era prima.

E ancora sempre un altro caso che è capitato durante l'attività lavorativa e si parla ancora di casi semplici come potete vedere sempre una fasciatura enorme che si può pensare anche qui chi sa che co-

sa e invece alla fine è sempre un altro caso trattato ma con una situazione finale non adatta.

In questo modo abbiamo visto casi diciamo abbastanza semplici ma la ciliegina sulla torta si ha quando arrivano le parti amputate conservate male, che non permettono, anche se ci sono delle minime speranze, di tentare il reimpianto. Bisogna rispettare in pieno le linee guida che vengono date dai centri di riferimento o meglio bisogna lavorare tutti per lo stesso scopo. Basta fare affidamento alla linea guida per avere un risultato finale migliore possibile.

LA GESTIONE INFERMIERISTICA NEI TRAUMI COMPLESSI: REALTÀ A CONFRONTO

S. FERRONI

Milano

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

L'elaborato espone la gestione infermieristica dei traumi complessi della mano nella nostra unità operativa.

Si vogliono focalizzare le diversità assistenziali, a seconda del tipo di trauma ed intervento, nell'ac-

compagnare i pazienti dall'ingresso in reparto alla dimissione. La relazione vuol essere spunto per un confronto con i colleghi di altre realtà

COME RENDERE PIÙ FACILE LA CHIRURGIA DELLA MANO

V. MAZZONE

Casa di Cura Villa San Marco – Ascoli Piceno

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

Si tratta di una lettura sullo strumentario più adeguato per la chirurgia della mano. Ha lo scopo di presentare tutte le considerazioni che uno strumentista deve fare quando prepara il carrello per un intervento di chirurgia della mano. E' stata concepita in versione in lingua inglese poiché mentre lavoravo in Scozia nel 2006/07 mi fu richiesta una lezione sullo strumentario in chirurgia della mano per il Congresso Annuale degli Infermieri delle Sale Operatorie Scozzesi (partecipanti 88). Infatti il titolo in inglese "How to make hand surgery easier" è più efficace ancora della traduzione italiana, "Come rendere più facile la chirurgia della mano" ed ha in se il concetto di diminuzione dello stress legato ad una migliore organizzazione di ciò che ruota intorno al gesto chirurgico .

Il primo concetto discusso è infatti l'importanza del team e di una preparazione specifica per il gesto (l'intervento) che ogni componente del team (ognuno per il suo ruolo specifico) deve avere per fare sì che una procedura complessa come un intervento chirurgico venga completata nel tempo più breve, e nei modi più efficaci e sicuri possibili. Ciò è tanto più importante e cruciale quanto più complessa è la procedura chirurgica e quanto più articolato è il team. L'ottimizzazione dei tempi , la sequenza delle procedure, gli inserimenti delle azioni dei diversi professionisti devono essere gestiti e coordinati in maniera ottimale. Qualche anno fa il cardiocirurgo del Great Ormond Hospital di

Londra chiese una consulenza tecnica ai tecnici che progettano e gestiscono i pit stop della Ferrari ed il risultato fu clamoroso: riduzione dei tempi operatori degli interventi a cuore aperto del 35% !!!

Il successo e la sicurezza di un gesto chirurgico dipendono non solo da come si utilizza il tempo ma anche, ovviamente, dallo strumentario che si usa. E' fuori dubbio che la chirurgia della mano necessita di uno strumentario dedicato e specifico. Ma anche la scelta tra i vari tipi di strumenti di base necessari (pinze, forbici, divaricatori, etc.) può nascondere molte insidie poiché è importante capire quali si adattano meglio di altri anche negli interventi più comuni in chirurgia della mano. Questa parte della lettura serve soprattutto ad evidenziare attraverso esempi sui campi operatori, come differenze apparentemente minime di strumenti quasi uguali e della stessa categoria possano in effetti innescare difficoltà al chirurgo e rendere la procedura meno sicura.

Si inizia ad eliminare difficoltà già dalla posizione della mano e quindi dal sistema di immobilizzazione sul tavolo. Una volta c'era la mano di piombo, strumento fantastico, malleabile e plasmabile su ogni necessità dei chirurghi. Nel tempo sono stati proposti sistemi i più disparati per fissare il campo operatorio. La maggior parte di questi sistemi assomigliano a strumenti di tortura, non solo della mano operanda, ma soprattutto della pazienza del chirurgo! Di conseguenza le vecchie mani di piombo

sono state spesso mantenute in funzione di nascosto fino alla comparsa di nuove versioni aggiornate ed a norma.

I divaricatori esistono di diversa foggia e profondità e bisogna ricordarsi che la loro altezza maggiore serve solo nei campi profondi (per es. Dupuytren) ma diventa di impaccio, se eccessiva, nei campi più superficiali (per es. De Quervain). Un aspetto non trascurabile nella scelta dei divaricatori diventa la forma della sezione del manico. Il manico deve consentire una presa facile e stabile. Allora sono meglio i manici più tondeggianti o quadrati e voluminosi piuttosto che quelli nastroforniti da impugnare necessariamente sempre con forza con una presa di pinza. Gli uncini raramente sono veramente determinanti ed utili eccetto gli uncini da cute.

Le courette esistono di varie dimensioni e forme (rotonde/ovoidali). E' molto utile averne diverse (i cui margini siano ben taglienti) ma la caratteristica più importante spesso è apprezzata solo dai chirurghi che si sono impiccati a svuotare un condroma para-articolare: l'asse del cucchiaio deve essere piegato di almeno 40° rispetto all'asse del manico. Solo così il chirurgo raggiunge angoli nascosti della cavità attraverso accessi limitati.

La scelta delle pinze può sembrare anch'essa banale ma bisogna ricordarsi che sul campo servirà sempre una pinza chirurgica con cui il chirurgo tratta cute e tessuto muscolare ma anche una anatomica che servirà al chirurgo per maneggiare nervi, vasi, tendini, legamenti e magari la cute. Importantissima diventa la lunghezza totale della pinza. Una pinza è comoda se la sua coda è lunga quanto serve a poggiarsi nella 1° commissura mentre i polpastrelli di pollice ed indice servono solo a determinare la forza della presa. Si fa molta più fatica se la pinza è troppo corta!

Dopo il bisturi la regina di uno strumentario è la forcice... ma quale? Qui diventa indispensabile valutare le due caratteristiche fondamentali: la lunghezza e la forma. In linea di massima tutte le forbici che comune uso in chirurgia della mano devono avere discreta lunghezza (almeno 15/18 cm) ma soprattutto la cerniera (il fulcro) deve essere fortemente spostata verso le punte. Solo così a gesti am-

pi della mano del chirurgo corrispondono gesti di piccola ampiezza delle punte delle forbici. In chirurgia della mano le forbici devono essere a punte curve e mai rette. Quelle a punte rette obbligano il chirurgo a grandi spostamenti della propria mano e del proprio corpo intorno ad oggetti piccoli. La forma delle punte della forcice diventa un ulteriore elemento cruciale per determinare comodità e sicurezza nell'esecuzione di interventi della mano. Molto, molto raramente può veramente servire una forcice a punte aguzze. Nelle dissezioni più fini (per es. seguendo i fasci vascolo nervosi in un Dupuytren) servono sì forbici dalle punte molto sottili ma mai appuntite poiché facilmente lederebbero il vaso. E' molto più utile una punta sottile ma arrotondata all'apice che si inserisca nel tessuto per piani smussi prima di divaricarli. Ed anche le forbici "da dissezione" più grandi possono essere più efficaci se la sezione della lama è garbatamente concava (a tegola) anziché convessa.

Gli osteotomi ormai esistono in serie che coprono larghezze da 2 a 15 mm. Importante è che la punta sia "ad ogiva" per dividere equamente le forze applicate sulle due superfici di taglio evitando linee di frattura indesiderate.

Le pinze ossivore (pinze di Luer) tornano più comode a doppio snodo anziché a snodo singolo. Il motivo è analogo a quello che ci fa preferire manici lunghi nelle forbici. Con il doppio snodo a movimenti di analoga ampiezza della mano del chirurgo corrisponde un movimento di minor ampiezza delle branche della ossivora.

Infine lo strumentario da microchirurgia. Qui le abitudini del chirurgo la fanno da padrone spesso più della razionalità. In linea di massima però anche qui forbici, portaghi e pinze vengono preferiti a punte curve piuttosto che rette. Inoltre sono molto più leggere e facili da maneggiare se la coda è sufficientemente lunga (18 cm) e magari dotata di un contrappeso che rende lo strumento leggerissimo nella mano del chirurgo. Anche per le clamps da microchirurgia vascolare esiste una grande varietà di offerta. Ricordandosi che hanno diverso sistema di grip per arterie e vene la maggior parte dei chirurghi preferisce approssimatori che si muovano su un unico binario e senza telaio intorno

Tutto quello che è stato scritto rende evidente come il risultato finale di un intervento di chirurgia della mano possa essere condizionato, anche in mani esperte, dallo strumentario a disposizione (in Si-

cilia si dice: “è lo strumento che fa il Mastro”). E dimostra inoltre come l’attenzione all’adeguatezza dello strumentario sia uno dei capisaldi di un corretto risk management in sala operatoria.

MEDICAZIONI IN PEDIATRIA: QUALI ACCORGIMENTI

M. RANIERI, G. DEZIO

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

La cute dei bambini così come quella degli adulti ha le stesse caratteristiche di guarigione quindi dal punto di vista delle tecniche di medicazione non ci sono differenze.

L'unica grande differenza è il modo di avvicinarsi verso i bambini.

Dalla carta dei diritti del bambino in ospedale si evince che:

Art. 7 "Il bambino ha diritto ad essere informato sulle procedure a cui verrà sottoposto, con un linguaggio comprensibile ed adeguato al suo sviluppo ed alla sua maturazione. Ha diritto ad esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa. Le opinioni del bambino devono essere prese in considerazione tenendo conto della sua età e del grado di maturazione."

Riusciamo ad ottenere più collaborazione dai piccoli pazienti e dai genitori, tanto questi sono più correttamente informati sulla procedura che andremo ad eseguire.

La presenza di almeno un genitore vicino al bambino è importante, non solo per ridurre il disagio della distanza dall'ambiente familiare, perché è proprio attraverso il coinvolgimento attivo del genitore che può essere erogata l'assistenza migliore, più adatta alle necessità del piccolo degente.

Durante ogni procedura è importante che l'infermiere, oltre a svolgere i compiti che gli sono propri, non dimentichi di rassicurare il bambino, parlando e spiegando ogni movimento.

E' importante quando sono coinvolti più operatori concordare prima i vari passaggi, *chi fa che cosa*, in modo da operare in sincronia e diminuire i tempi.

Abbiamo due possibili tipologie di accorgimenti per far in modo di aumentare la *compliance* del bambino: accorgimenti psicologici ed accorgimenti strumentali.

Dal punto di vista psicologico l'assistenza va modulata in base all'età evolutiva del piccolo paziente coinvolgendolo con vari metodi, dal gioco alla gratificazione per il suo impegno durante lo svolgimento delle operazioni.

Porremo particolare attenzione anche ai loro bisogni ed alle loro esigenze, predisponendo gli ambienti in modo tale da farli sentire a loro agio, lasciandoli liberi di giocare.

Dal punto di vista degli accorgimenti strumentali utilizzeremo medicazioni atraumatiche per ridurre al minimo il trauma fisico e psicologico, non solo del piccolo paziente ma anche dei genitori.

Una regola basilare nelle medicazioni in chirurgia della mano è quella di permettere la visibilità delle estremità per controllare il circolo periferico. Nei bambini questa regola vale ancora di più in quanto sono i genitori che nel quotidiano controllano il bambino. Vista la vivacità dei soggetti spesso bisogna eseguire fasciature e medicazioni più abbondanti del solito per permettere al bambino di giocare senza la preoccupazione di disfarle.

Se non vi sono indicazioni particolari da parte del chirurgo ridurremo al minimo la frequenza di sostituzione delle medicazioni.

I punti di sutura utilizzati sono di tipo riassorbibile, quindi non è necessario tagliarli ma si staccano insieme alle croste pulendo e disinfettando la ferita mostrandoci la cute completamente cicatrizzata.

A questo punto vediamo il caso di un bambino di 18 mesi a cui è stata praticata una fasciotomia dorsale in seguito ad un trauma da schiacciamento. Grazie all'esecuzione di bagni in acqua ed amuchina abbinata ad una terapia antibiotica mirata abbiamo garantito una profonda disinfezione. L'azione disinfettante dell'amuchina protratta per qual-

che giorno ha creato le condizioni ottimali per poter applicare una medicazione tecnologicamente avanzata di tipo atraumatica che interagisce con la produzione di essudato. A questa medicazione è stato associato un bendaggio all'ossido di zinco anelastico per controllare l'edema. Alla rimozione del bendaggio dopo circa 5 gg abbiamo una buona riduzione del fondo della ferita per cui si applicano dei cerotti di sutura per quindici giorni e alla rimozione di questi abbiamo restituito ad integrum della cute.

Se siamo stati bravi ed abbiamo eseguito tutto alla perfezione siamo sicuri che i bambini saranno tranquilli nelle nostre mani.

LA MEDICAZIONE AMBULATORIALE IN CHIRURGIA DELLA MANO

E. SALINI

Azienda Ospedaliera di Padova – Chirurgia Plastica

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

In sede di medicazione presso l'ambulatorio specialistico di Chirurgia della Mano dal personale verranno valutate: la gravità della lesione e la modalità con cui è accaduta, i tratti della personalità del paziente, l'aspetto psicologico (es. aspetti estetici, accettabilità della deturpazione, traumi pregressi,...), la situazione sociale(es. familiare/affettiva e lavorativa) e la sensazione di perdita.

Sin dalla prima medicazione, specie se si tratta di un trauma complesso, inizia il cammino riabilitativo per il paziente da percorrere, insieme all'equipe dedicata alla chirurgia della mano, che risulterà il "nuovo lavoro" su cui dovrà incentrare le proprie forze.

GESTIONE INFERMIERISTICA DEI REIMPIANTI: MONITORAGGIO POST OPERATORIO ED UTILIZZO DELLE SANGUISUGHE

I. BOCCIA, A. GHERARDINI, G. DEZIO

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

Le amputazioni traumatiche sono un evento destabilizzante per un individuo, per cui la chirurgia si è impegnata a far sì che con un intervento immediato e mirato si possa cercare di ripristinare al meglio le funzioni fisiologiche compromesse.

In tutto il mondo si sono organizzati centri altamente specializzati per poter far fronte a queste emergenze, istituendo delle presenze disponibili h 24 di personale medico ed infermieristico per dare la giusta risposta all'evento traumatico. L'Italia è certamente all'avanguardia per il trattamento di questi eventi e si sono formati in alcune regioni più sensibili al problema dei centri HUB con personale specializzato ad ogni livello di assistenza.

Il nostro centro con una storia decennale di esperienza è l'unico ad avere un ambulatorio per le emergenze (Pronto Soccorso dedicato) di terzo livello e dalla sua istituzione è stata data assistenza a diversi casi.

Questo lavoro si pone l'obiettivo di uniformare il comportamento degli operatori nell'esecuzione delle procedure assistenziali e delle manovre tecniche specifiche, per garantire qualità assistenziale e ridurre la possibilità di errori procedurali anche in presenza di personale privo di completa conoscenza del campo specifico.

In caso di un trauma di terzo livello che interessa la mano, il paziente viene soccorso e trasportato immediatamente al nostro ambulatorio di pronto soccorso, ad accesso diretto, dove viene eseguita una

prima valutazione, la preparazione all'intervento chirurgico e quindi il trasferimento in sala operatoria.

Sarà cura, dell'infermiere nella fase di permanenza al P. S e trasferimento alla sala operatoria, controllare:

- Parametri vitali
- Pervietà delle vie di infusioni se sono state precedentemente isolate
- Consegne del personale che ha accompagnato il paziente (esecuzione di farmaci anestetici, antidolorifici, tempo di posizionamento di eventuale laccio)
- Eseguirà esami ematici e tracciato elettrocardiografico
- Si assicurerà nel caso che ci siano, se sono ben state conservate e trasportate le eventuali parti anatomiche amputate.
- I dati anagrafici, eventuali patologie in atto ed eventuali allergie a farmaci e sostanze
- Lo stato vaccinale per il tetano e nel caso di negatività secondo le normative vigenti acquisirà il consenso al trattamento con immunoglobuline.
- Eseguire tricotomia della parte interessata e del cavo ascellare.
- Ricomporre la parte interessata dopo l'ispezione e la valutazione da parte del medico (fasciatura ed eventuale confezionamento di tutori per non permettere movimenti che possono provocare dolore).

Una volta eseguite queste procedure il paziente è pronto per essere trasferito in sala operatoria dove verrà eseguito il trattamento del caso.

Concluse le attività di sala operatoria il paziente viene trasferito in reparto dove viene preso in carico dal personale infermieristico di turno che a sua volta lo accoglierà:

- Sistemandolo in una camera adeguatamente riscaldata
- Prenderà atto delle consegne anestesilogiche
- Delle terapie da effettuare
- Rileverà i parametri clinici
- Controllerà lo stato della medicazione e delle condizioni della parte reimpiantata
- Acquisire dal chirurgo notizie sulle caratteristiche dell'intervento per poter mettere in atto i protocolli assistenziali post operatori.

Il paziente che è stato sottoposto ad intervento microchirurgico di reimpianto o rivascolarizzazione va tenuto sotto continuo monitoraggio. Il personale infermieristico servendosi di una scheda annota tutte le variazioni a carico del circolo venoso in modo da poter intervenire tempestivamente nel caso di modificazioni. Si utilizza questa scheda per poter misurare effettivamente la perfusione della parte reimpiantata secondo una scala di colore che va dal rosso indicante una buona perfusione al nero per indicare o una scarsa perfusione o un sovraccarico venoso.

Vanno eseguiti controlli periodici a cadenza oraria e a discrezione del personale infermieristico in accordo con il medico. Il segmento reimpiantato deve avere un aspetto di colore roseo turgido e alla digito pressione deve ritornare dopo poco istanti roseo.

Possono accadere delle complicanze che modificano le condizioni del circolo e cioè: dito freddo, polpastrello vuoto, digito pressione negativa, vuol dire che c'è un blocco arterioso quindi avvisare subito il medico per poter intervenire prontamente.

Se alla digito pressione si ha un rallentamento del ritorno venoso un colore bluastro vuol dire che si ha un deficit dello scarico venoso con conseguente imbibizione dei tessuti e sofferenza del segmento reimpiantato, avvisare il medico che valuterà se utilizzare la terapia con le sanguisughe.

Il paziente quando è in reparto deve rispettare alcune regole fondamentali per favorire il buon decorso post operatorio:

- Deve rimanere a letto almeno per le prime 48-72 h dopo l'intervento o fino a nuovo ordine medico
- Non deve esporsi ad eccessivi sbalzi di temperatura perché possono compromettere la buona vascolarizzazione.
- Non deve fumare
- Non deve fare uso di sostanze che provocano vaso costrizione
- Il personale infermieristico deve vigilare che il paziente rispetti queste semplici regole.

Vediamo come sarebbe bene medicare un segmento reimpiantato, anche questa procedura deve essere eseguita con criterio per avere un buon risultato finale. Le medicazioni vanno eseguite sempre su ordine medico ed utilizzando presidi tiepidi e preferire soluzione fisiologica a disinfettanti per favorire l'eventuale attecchimento delle sanguisughe. Le garze e le bende vanno posizionate in modo da rendere facilmente ispezionabile la parte reimpiantata e in senso longitudinale alla lunghezza e mai in modo circolare perché possono provocare stringhe che non permettono il normale reflusso del circolo ematico provocando stasi.

Abbiamo precedentemente introdotto il discorso della terapia con le sanguisughe, esse vanno utilizzate nel caso si abbia una congestione venosa e a giudizio del medico, si possono applicare più volte durante il giorno. Vediamo cosa sono le sanguisughe e la loro gestione

Gli **Irudinei** sono ectoparassiti ematofagi di animali a sangue caldo e vivono nelle acque dolci. Un tipico rappresentante è *Hirudo medicinalis*, la comune sanguisuga dei nostri climi. Sono provviste di due ventose una caudale con cui si ancorano al corpo ed una cefalica provvista di denti con cui mordono e succhiano il sangue.

Il morso di una sanguisuga non è doloroso, perché nella saliva si pensa sia contenuta una sostanza anestetica, succhiando il sangue favoriscono il decongestionamento della parte reimpiantata.

La saliva delle sanguisughe, oltre a questa sostanza anestetica, contiene delle sostanze che per-

mettono il sanguinamento che continua ancora dopo il morso. Queste sostanze sono:

- Hirudina sostanza anticoagulante
- Sostanze vasoattive
- Enzimi Collagenase, Hyaluronidase
- Inibitori della aggregazione piastrinica

Una volta sazie si staccano e le sostanze rilasciate tramite la saliva fanno sì che il sanguinamento vada avanti anche per alcune ore. Quando il sanguinamento si interrompe si può ripetere l'applicazione tenendo conto anche delle condizioni del segmento reimpiantato.

E' utile ripetere un controllo dell'emocromo qualora il trattamento con le sanguisughe si protragga, per monitorare un'eventuale processo di anemizzazione del paziente. Utilizzare una sanguisuga su un solo ed unico paziente: il contatto con il sangue di un paziente sconsiglia, per ovvi motivi sanitari, l'utilizzo della stessa sanguisuga su un altro paziente, anche a distanza di mesi; non esiste letteratura che documenti la trasmissione di patogeni attraverso il morso di sanguisughe ma il rischio non può essere escluso.

Esse vanno conservate in contenitori riempiti con acqua distillata addizionata di Hirudosalt sostanza salina, perché l'acqua dell'acquedotto può

contenere delle tracce di cloro che non permette alla sanguisuga di sopravvivere. La soluzione in cui sono mantenute va sostituita ogni 15 gg circa e in base alla popolazione.

Le sanguisughe possono vivere senza eccessive difficoltà anche a temperature basse, fino a circa 3°C, mentre una temperatura anche di poco superiore ai 15°C può compromettere notevolmente la loro sopravvivenza.

Evitare sempre l'esposizione diretta delle sanguisughe o del loro contenitore di mantenimento ai raggi solari diretti. L'ambiente ideale di mantenimento è la luce attenuata o il buio. Le sanguisughe resistono a lunghi periodi di digiuno (fino a un anno).

Le sanguisughe una volta utilizzate vanno eliminate.

Attrezzature e materiali necessari per l'eliminazione

- Un contenitore (vaschetta) contenente una soluzione di acqua e 8% di alcool etilico 90°, per narcotizzare le sanguisughe utilizzate.
- Un contenitore (vaschetta) contenente alcool etilico 90° per sopprimere le sanguisughe narcotizzate.
- Un contenitore per rifiuti speciali ospedalieri.

FRATTURE DI POLSO CON TRATTAMENTO ARTROSCOPICO ASSISTITO: ALLESTIMENTO DELLA SALA OPERATORIA

C. COLAPRETE, R. LUCHETTI

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

L'artroscopia di polso necessita di uno strumentario dedicato che associato allo strumentario per il trattamento delle fratture di polso impegna la sala operatoria e gli operatori di sala in maniera particolare.

Lo scopo di questo lavoro è quello di descrivere lo strumentario e l'allestimento distrettuale e temporale della sala operatoria in merito al trattamento delle fratture di polso in cui l'uso dello strumentario artroscopico diventa necessario.

Tutto lo strumentario deve essere a disposizione e localizzato in sede operativa in maniera da essere utilizzato al bisogno in accordo con i tempi chirurgici.

Classicamente si parte con lo strumentario per il trattamento della frattura: strumentario che comprende le placche e la verifica della sua applicazione corretta (fluoroscopia amplificatore di brillantezza). A tal proposito è necessario utilizzare camici di

protezione per i chirurghi, il paziente e gli operatori di sala incluso l'anestesista. Appena posizionata la placca dopo adeguata riduzione della frattura articolare si passa all'uso dello strumentario artroscopico che deve già essere in sede. La trazione con i sistemi di aggancio, trazione digitale e controtrazione al braccio devono essere già predisposti ed applicati preventivamente. Il video posizionato in sede o posta all'operatore non deve ostacolare la crescita degli operatori di sala ma favorire compiutamente i chirurghi. Con l'artroscopia già pronta si procede all'artroscopia (tempi medi di attesa 5 -10 minuti), si verifica e si tratta la frattura articolare. Il tempo chirurgico prevede passaggi dall'artroscopia alla chirurgia aperta per terminare la sintesi correttamente e questo deve avvenire in maniera fluida e senza impedimenti.

Tempi posizioni e Chirurgia vengono descritte nella presentazione.

ARTROSCOPIA CON INNESTO DI FASCIA LATA

A. GUARDUCCI

Firenze

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

Quali sono le competenze del personale di sala in un intervento di artroscopia con innesto di fascia lata? Voi forse lo saprete tutti, ma vale la pena ricordarlo e perché no anche confrontarsi con le altre realtà

Preparazione del monouso, controllo della corrispondenza fra il campione da innestare e il nome del paziente da effettuarsi congiuntamente al chi-

urgo, allestimento degli strumentari e controllo della funzionalità della colonna artroscopica, controllo dei tamponi da inviare al laboratorio di microbiologia, collaborazione dell'infermiere circolante col medico anestesista.

La coordinazione di tutti gli attori sia da parte dello strumentista che del restante personale di sala nel raggiungimento del target.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI SALA OPERATORIA NEGLI INTERVENTI DI ARTROSCOPIA DI POLSO

L. COLOMBO

Milano

INFERMIERI E CHIRURGIA DELLA MANO: METODICHE ED ESPERIENZE A CONFRONTO

Con questa relazione intendo descrivere il ruolo e le competenze dell'infermiere (nurse d'anestesia e strumentista) nell'intervento di artroscopia di polso: dell'allestimento della sala operatoria alla tecni-

ca di anestesia ed allo strumentario necessario per l'intervento. Obiettivo della presentazione è quello di illustrare la nostra esperienza stimolando il confronto con le altre realtà.

