

1466
21 DIC. 2015

Allegato A

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 1 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

PREPARAZIONE E POSIZIONAMENTO CORRETTO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA

ATTIVITA	RESPONSABILE	FIRMA
Redazione e Verifica	Gruppo di lavoro aziendale	
Approvazione	Direzione Generale	
Emissione e distribuzione	<ul style="list-style-type: none">SSD Accreditamento IstituzionaleQualità e Risk Management	

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 2 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE

<i>Aldo Monni</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Antonio Saiu</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Ferdinando Corrias</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>M. Vincenza Monni</i>	<i>Infermiera</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Luigi Fucas</i>	<i>Infermiere</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Roberto Ottonello</i>	<i>Chirurgo</i>	<i>SC Chirurgia P.O San Marcellino- Muravera</i>	<i>Redazione e verifica</i>
<i>Rosanna Massesi</i>	<i>Cord. Inf</i>	<i>SS Blocco Operatorio P.O San Marcellino- Muravera</i>	<i>Redazione e verifica</i>
<i>Gianfranco Cogoni</i>	<i>Chirurgo</i>	<i>SC Chirurgia - P.O San Marcellino- Muravera</i>	<i>Redazione</i>
<i>M. Caterina Vallese</i>	<i>Infermiera</i>	<i>SC Servizio delle professioni Sanitarie</i>	<i>verifica</i>
<i>Giovanna Rossi</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SC Qualità e Risk Management</i>	<i>verifica</i>
<i>Anna Ruda</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Direzione Sanitaria P.O. Binaghi- Cagliari</i>	<i>verifica</i>
<i>Paola Arcadu</i>	<i>Cord. Inf</i>	<i>SS Blocco Operatorio P.O SS Trinità - Cagliari</i>	<i>verifica</i>
<i>Angela Puliga</i>	<i>Chirurgo</i>	<i>SC Chirurgia Generale – P.O. SS Trinità - Cagliari</i>	<i>Verifica</i>
<i>Alberto Degioannis</i>	<i>Chirurgo</i>	<i>S.C. Clinica Ortopedica - P.O. Marino</i>	<i>verifica</i>

 ASLCagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 3 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

<i>Indice</i>	<i>Pagina</i>
<i>Premessa</i>	4
<i>1. Scopo</i>	4
<i>2. Campo di applicazione</i>	4
<i>3. Abbreviazioni Definizioni e terminologia</i>	4
<i>4. Responsabilità</i>	5
<i>5. Descrizione Attività</i>	5
<i>5.1 Fase Preoperatoria</i>	5
<i>5.2 Fase in sala operatoria.</i>	9
<i>5.3 Posizionamento del paziente sul tavolo operatorio</i>	9
<i>5.3.1 Posizione supina</i>	10
<i>5.3.2 Posizione ginecologica o litotomica</i>	11
<i>5.3.3 Posizione prona</i>	13
<i>5.3.4 Posizione laterale</i>	14
<i>5.3.5 Posizione declive (Trendelemburg)</i>	15
<i>6. Validazione</i>	16
<i>7. Materiali e strumenti utilizzati</i>	16
<i>8. Bibliografia e riferimenti normativi</i>	16
<i>9. Allegati</i>	16

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 4 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

PREMESSA

L'importanza di eseguire una corretta preparazione e un corretto posizionamento del paziente all'intervento chirurgico contribuisce a diminuire sia l'incidenza delle infezioni chirurgiche post-operatorie, che gli esiti iatrogeni derivanti da cattivo posizionamento.

Tutti i componenti dell'équipe operatoria condividono la responsabilità e collaborano all'identificazione ed esecuzione della posizione che garantisca la migliore esposizione in relazione al tipo di intervento ed alla tecnica chirurgica, compatibilmente con la necessità di assicurare la sorveglianza anestesiológica e le condizioni ottimali di omeostasi respiratoria e cardiovascolare, evitando di procurare danni fisici da compressione e/o stiramento delle strutture nervose, articolazioni e/o tessuti.

1. SCOPO

1. Preparare correttamente il paziente da sottoporre a intervento chirurgico sia a carattere elettivo che di urgenza: igiene, tricotomia, digiuno preoperatorio, gestione di eventuali protesi (dentali, acustiche, oculistiche, ...) gestione di monili/piercing e cosmetici, abbigliamento appropriato per la sala operatoria, modalità di invio del paziente in sala operatoria.
2. Posizionare correttamente il paziente in sala operatoria al fine di eseguire nel modo più agevole l'intervento chirurgico e prevenire eventuali lesioni da compressione.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le attività contenute nel documento devono essere sistematicamente applicate nei reparti di chirurgia e del blocco operatorio durante gli interventi chirurgici.

Destinatari:

- Anestesisti di sala operatoria;
- Personale medico e infermieristico delle U.O. afferenti al blocco operatorio e il personale del blocco operatorio.

3. TERMINOLOGIA, DEFINIZIONI, ABBREVIAZIONI

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

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
	Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	
PR-BO-001/0 pag. 5 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

4. RESPONSABILITÀ (MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ)

Responsabile / Attività	Anestesista	Medico Chirurgo	Infermiere U.O.	Infermiere di S.O.
Preparazione del paziente in reparto (fase preoperatoria)	C	R	R	C
Presenza in carico paziente in S.O. (Fase in sala operatoria)	R	R		R
Posizionamento del paziente sul letto operatorio compreso il posizionamento del capo e verifica pervietà vie aeree	R	R		R
Preparazione linea infusoria tramite accesso venoso/ preparazione atto anestesiológico	R			R

R: RESPONSABILE C: COLLABORA

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

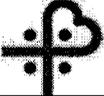
L'attività viene distinta in tre fasi:

- 1° fase Preoperatoria: dal momento in cui viene programmato l'intervento chirurgico fino a quando il paziente entra in sala operatoria
- 2° Fase in sala operatoria: dal momento in cui il paziente entra in sala operatoria fino alla dimissione del paziente dal blocco operatorio
- 3° Fase Posizionamento del paziente sul letto operatorio

5.1 Fase Preoperatoria

1. Dare le indicazioni per l'informazione al paziente, il supporto psicologico e la raccolta della documentazione clinica e/o infermieristica

- Informare il paziente di tutte le procedure assistenziali infermieristiche cui sarà sottoposto, nelle fasi pre, intra e postoperatorie.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 6 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

- Accertarsi che l'atto di consenso informato sia allegato alla cartella clinica; il paziente deve essere informato sull'intervento chirurgico dal medico, il quale provvederà a far firmare il consenso informato.
- Accertarsi che siano stati designati i familiari e/o i conoscenti autorizzati a ricevere tutte le informazioni specifiche sull'intervento chirurgico.
- Consegnare e dare le necessarie istruzioni educative al paziente che deve sottoporsi a intervento chirurgico in regime di day surgery e/o ambulatoriale.

Supporto psicologico

- Valutare gli stati d'ansia che il paziente può manifestare, discuterne, attuando un intervento infermieristico appropriato.
- Rassicurare il paziente per ridurre al minimo lo stato di tensione, la paura del dolore e la paura della morte.

Preparazione della documentazione clinica e infermieristica

- La sera precedente l'intervento controllare che sia presente tutta la documentazione clinica e infermieristica comprensiva di:

- Cartella clinica
- Cartella o documentazione infermieristica
- Consenso informato
- Referti di diagnostica di laboratorio e per immagini, Ecg
- Verificare che la documentazione accompagni il paziente in sala operatoria utilizzando la checklist

<p>2. Indicazioni per la ricerca e cura di focolai infettivi presenti prima dell'intervento chirurgico</p>

Prevenzione delle infezioni

- Se possibile identificare e segnalare tutti i processi infettivi localizzati anche a distanza dal sito operatorio prima degli interventi di chirurgia elettiva. Categoria 1A
- Effettuare e/o accertarsi che la mattina dell'intervento sia stata eseguita la pulizia del cavo orale a tutti i pazienti possibilmente con soluzione antisettica. Categoria 1A

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 7 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

- Educare il paziente sull'importanza della doccia o del bagno preoperatorio e della depilazione.

Categoria 2

3. Esplicitare l'alimentazione del paziente operando

Alimentazione

In base al tipo di anestesia e tipologia dell'intervento come da protocollo presente nelle U.O.

- Sospendere la somministrazione di ogni alimento 8 ore prima dell'orario previsto per l'intervento.
- Segnalare ogni interruzione del digiuno completo all'anestesista.
- Durante il periodo di digiuno possono essere somministrati i farmaci prescritti, sia per via parenterale che per via orale.
- Ai bambini e/o neonati, possono essere somministrate, nelle 24 ore precedenti l'intervento, soluzioni zuccherine, la cui somministrazione dovrà comunque essere sospesa 4 ore prima dell'entrata in sala operatoria.
- Per il paziente diabetico attenersi scrupolosamente alle indicazioni del diabetologo e/o dell'anestesista.

4. Esplicitare le linee guida e le procedure di preparazione della cute: detersione e tricotomia

DOCCIA PRE – OPERATORIA

- Vari studi hanno dimostrato che vi è un chiaro rapporto tra la flora microbica cutanea e infezioni cutanee. Diviene quindi prioritario ridurre la carica microbica in particolare lo stafilococco presente sulla cute dell'operando. Inoltre si raccomanda che la riduzione della carica microbica avvenga su tutto il corpo piuttosto che sul sito dell'intervento (**Istruzione Operativa Doccia pre-operatoria Paz autosufficiente (PR-BO-001 I.O.-02)** Istruzione Operativa Doccia pre-operatoria Paz non autosufficiente (PR-BO-001 I.O.-03).

TRICOTOMIA

- Vari studi hanno dimostrato che la tricotomia deve essere eseguita solo nei casi di evidente necessità. Nel caso, depilare solo la zona interessata dall'intervento. E' assolutamente da evitare la tricotomia in sala operatoria in quanto i peli costituiscono veicolo di microrganismi (**Istruzione operativa gestione della tricotomia PR-BO-001 I.O.- 01**).

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 8 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

5. Dare indicazioni standard sulla preparazione intestinale

- Seguire le indicazioni del medico-chirurgo e attenersi possibilmente ad un protocollo standard redatto per tipologia d'intervento chirurgico.

6. Fornire indicazioni sulla premedicazione, profilassi trombo embolica e antibiotico- profilassi - Preparazione del paziente all'intervento

- Premedicazione: somministrare la premedicazione, se prescritta, secondo indicazione medica, registrando via di somministrazione ed orario.
- Seguire le indicazioni del medico-chirurgo o come da protocollo per intervento in merito alla inserzione di cateteri venosi, vescicali, sondino naso-gastrico. E' preferibile che l'inserzione di cateteri vescicali, cateteri vascolari e cateteri arteriosi avvenga direttamente nel blocco operatorio. Categoria 1A.
- Profilassi trombo embolica: seguire le indicazioni del medico-chirurgo sia per l'eventuale applicazione di fasce elastiche, sia per la prescrizione farmacologica. Registrare l'avvenuta procedura nella check list.
- Profilassi antibiotica: eseguire l'antibiotico-profilassi quando indicata, nei tempi e modi prescritti dal medico.
- In caso di ritardo o rinvio dell'intervento segnalare al medico e nella check list l'orario dell'ultima dose somministrata. Categoria 1A

7. Esplicitare l'igiene della barella del paziente

- Cambiare la biancheria della barella ogni qualvolta si utilizza per il trasporto dei pazienti e accertarsi che le sponde siano adeguatamente posizionate

8. Preparazione e trasporto del paziente dalle U.O.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 9 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

- Prima di accompagnare il paziente in Sala operatoria per l'intervento rimuovere lenti a contatto, occhiali, protesi dentarie; in caso di apparecchi acustici toglierli il più tardi possibile in modo che il paziente possa confermare l'identità. Segnalare inoltre se il paziente è portatore di ponti o se vi siano denti instabili.

Far togliere gioielli, catenine, anelli, orologi, piercing, smalto dalle unghie e cosmetici in genere.

Far indossare camice e cuffia monouso forniti dall'ospedale. Categoria 1B

Per il trasporto utilizzare la barella dedicata alla sala operatoria, sostituendo la biancheria ad ogni paziente.

Portare in sala la cartella clinica e la check-list debitamente compilata e firmata.

5.2 2° Fase: in sala operatoria

L'infermiere di sala operatoria e il coordinatore della check list supportato anche dall'ausilio dell'OSS provvede alle seguenti attività :

a) preparazione del paziente:

- Verifica identità e procedura chirurgica programmata
- Controllo documentazione clinica e verifica della check list
- Controllo condizioni generali del pz (stato igienico, tricotomia, lesioni cutanee, sensorio)

b) Assistenza all'anestesista durante le manovre e le procedure anestesologiche (posizionamento cateteri venosi, intubazione tracheale)

c) Sorveglianza, terapia di supporto (trasfusioni, emogas , ecc ...)

d) Sorveglianza dei parametri vitali (polso, pressione, respiro)

L'anestesista esegue prima della procedura anestesologica un'ulteriore verifica dell'identità del paziente e la rivalutazione delle eventuali criticità.

5.3 3° fase Posizionamento del paziente sul tavolo operatorio,

Il primo operatore, l'anestesista e l'infermiere di sala operatoria verificano:

- L'eventuale presenza di aree ad alto rischio di compressione
- Preesistenti limitazioni funzionali articolari al collo ed agli arti

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 10 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

- L'assenza di mollette, forcine nascoste fra capelli, presenza di protesi

Ove ritenuto necessario, il posizionamento sul letto operatorio può essere effettuato con la collaborazione del paziente.

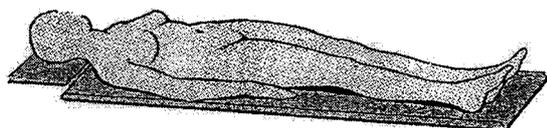
Requisiti generali da rispettare durante tali manovre:

- Garantire respirazione e circolazione ematica adeguata
- Correggere l'iperestensione degli arti onde evitare paralisi o parestesie
- Fornire al chirurgo la migliore esposizione dell'area dell'intervento

Il paziente, incluse le sue estremità, deve essere isolato per la corrente ad alta frequenza da un materassino antistatico e verso le parti conduttive del tavolo operatorio, messe a terra da teli in cotone. Per evitare raccolte di liquido sotto il paziente, occorre interporre un telo assorbente tra il paziente ed il telo di cui sopra. Controllare che il paziente sia isolato da tutti gli oggetti metallici e in presenza di pace-maker verificare le prescrizioni e le caratteristiche del pacemaker e la compatibilità con l'elettrobisturi consultando il manuale d'istruzioni.

L'elettrodo neutro necessario per la chirurgia monopolare deve aderire perfettamente al paziente in modo da ridurre i rischi di ingresso di liquidi fra la pelle e l'elettrodo stesso. La placca deve essere applicata in una zona del corpo del paziente il più possibile vicino alla zona dell'intervento, possibilmente in una parte perfettamente liscia, senza protuberanze ossee o disomogeneità cutanee.

5.3.1 Posizione supina



Posizione utilizzata nella maggiore parte degli interventi

Punti di compressione: occipite – gomiti – polsi – anca – sacro – talloni

I rischi:

- o la lombalgia e la compromissione del plesso lombo sacrale

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 11 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

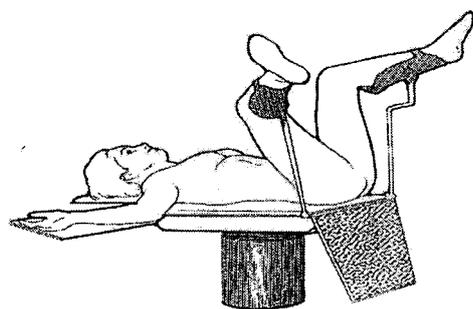
- o compressione cute
- o stiramento del plesso brachiale per iper- abduzione degli arti superiori
- o alopecia (specie dopo ipotermia, ipotensione, interventi prolungati)
- o le lesioni da compressione del sacro e dei talloni

Risulta utile attuare una lieve flessione del tavolo operatorio all'altezza delle anche e per alleviare lo stiramento del rachide porre a livello delle ginocchia (poplite) un cuscino in modo da fletterle leggermente (circa 15°).

I bracciali di supporto per gli arti superiori devono essere posizionati con un angolo inferiore ai 90° rispetto al corpo onde evitare l'iperestensione del plesso brachiale. In alternativa gli arti superiori, devono essere assicurati in teli per evitare che cadendo oltre i margini del tavolo operatorio, si comprometta il nervo ulnare da compressioni al gomito. Inoltre per evitare lesioni del plesso brachiale occorre che l'avambraccio sia assicurato preferibilmente pronato e che il capo del paziente sia ruotato di 15° verso il braccio addotto.

Ulteriori attenzioni vanno riservate alle donne gravide le quali in posizione supina possono andare incontro a episodi di nausea e lipotimia causata dalla compressione dell'asse aortico-cavale da parte dell'utero gravido.

5.3.2 Posizione ginecologica o litotomica



Punti di compressione: poplite- occipite- scapole- gomiti- anche-sacro

Rischi :

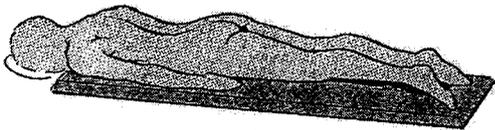
- compressione cardiorespiratoria nei pazienti a rischio
- dolore lombare post operatorio (per stiramento delle strutture legamentose della regione lombo sacrale)

 ASLCagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 12 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

- lesione alle articolazioni dell'anca e del ginocchio
 - lesione della cute da scorretto uso dei supporti
 - stasi venosa agli arti inferiori per eccessiva flessione del ginocchio
 - lesione del nervo peroneale comune (per compressione del lato esterno dell'asta reggi-gamba sulla testa della tibia)
 - lesione del nervo safeno (per compressione del lato interno dell'asta reggi-gamba sul condilo mediale della tibia)
 - lesione del nervo femoro - cutaneo (per eccessiva flessione delle gambe)
 - lesione del nervo femorale e sciatico, lussazione dell'anca (per eccessiva rotazione esterna dell'arto inferiore)
- ❖ Le braccia devono essere sempre sorrette e fissate lungo il corpo con straps morbide e non strette.
 - ❖ Nel caso siano posizionate su reggi braccia per evitare lesioni del plesso brachiale occorre che:
 - il capo del paziente sia ruotato di 15° verso lo stesso lato
 - l'avambraccio sia pronato, e sostenuto dagli appositi supporti in gel ;
 - l'angolo di abduzione del braccio rispetto al corpo sia inferiore ai 90 °
 - ❖ Le braccia devono essere protette da staffe imbottite a livello della regione acromio-claveare in modo da ridurre al minimo il rischio di lesioni qualora vengano richieste contemporaneamente altre posizioni.
 - ❖ Il posizionamento delle gambe nella posizione litotomica:
 - devono essere sollevate insieme, poi flesse simultaneamente a 90° e messe sul reggi gambe, inizialmente senza abdurle o ruotarle
 - La coscia deve essere flessa a 90° e successivamente la rotazione esterna deve essere realizzata in abduzione a 45°
 - ❖ Alla fine dell'intervento si devono abbassare le gambe lentamente e contemporaneamente per evitare brusche cadute di pressione.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 13 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

5.3.3 Posizione prona



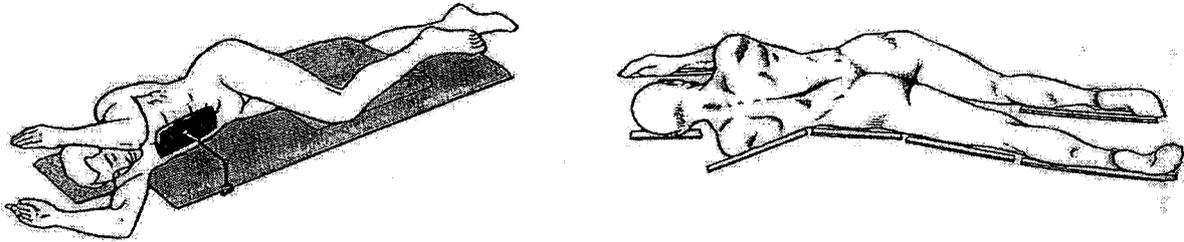
Punti di compressione della posizione prona: parete toracica e addominale – occhi naso – genitali – mammelle - vene del collo

Rischi :

- dislocamento e/o inginocchiamento del tubo endotracheale
 - dislocamento e/o inginocchiamento del catetere vescicale, linee infusionali, ecc.
 - edema oculare e danno ischemico al nervo ottico
 - la compressione del nervo ulnare sul margine del letto operatorio
 - lo stiramento del plesso brachiale
 - lo stiramento del nervo sciatico per estensione degli arti inferiori
- ❖ E' una posizione svantaggiosa in quanto riduce l'escursione diaframmatica ed il ritorno venoso a causa dell'incremento di pressione a livello addominale. E' perciò necessario collocare un sostegno in corrispondenza del torace e ruotare lateralmente il capo in modo da non ostacolare il ritorno venoso del collo. Allo scopo di sostenere adeguatamente la testa, questa va ruotata lateralmente sul cuscino o preferibilmente in caso di anestesia generale a faccia in giù su apposito supporto forato in gel- foam.
- ❖ E' bene che in questa posizione sia evitata l'iperestensione della caviglia mediante un cuscino posto sotto le gambe con le ginocchia modicamente flesse per evitare lo stiramento del nervo sciatico. Si interpone inoltre un cuscino sotto le creste iliache per alleviare la compressione al nervo cutaneo laterale dell'anca. Le braccia devono essere abdotte a 90° dal corpo ed avambracci flessi in pronazione.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 14 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

5.3.4 Posizione Laterale



Punti di compressione: capo – spalla – gomiti – parete toracica e addominale – trocantere – arti inferiori

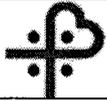
Rischi

- Instabilità della posizione
- Lesione del nervo cutaneo laterale dell'anca (compressione sulla spina iliaca antero-superiore)
- Lesione del nervo peroneale comune (compressione sulla testa tibiale)

Spesso adottata per interventi a carico del rene, del torace e della colonna vertebrale.

- ❖ Il posizionamento del capo, del collo e della colonna nella posizione laterale devono essere nello stesso piano, cioè allineati, con cuscini o presidi morbidi in gel o polimero visco elastico.
- ❖ Il decubito laterale può determinare la compressione dell'arto superiore rivolto verso il basso. Per evitarne il sovraccarico eccessivo sulla spalla a contatto con il letto, utilizzare cuscini o supporti in gel o polimero, in alternativa si possono usare altre due metodiche:
 1. paziente adagiato su materasso a spessore differenziato in modo tale da distribuire correttamente la pressione lungo il fianco
 2. posizionamento di un lenzuolo arrotolato in corrispondenza della superficie laterale del torace subito al di sotto dell'ascella

L'arto superiore che non poggia sul letto, deve essere flesso su supporto all'altezza del capo del paziente.

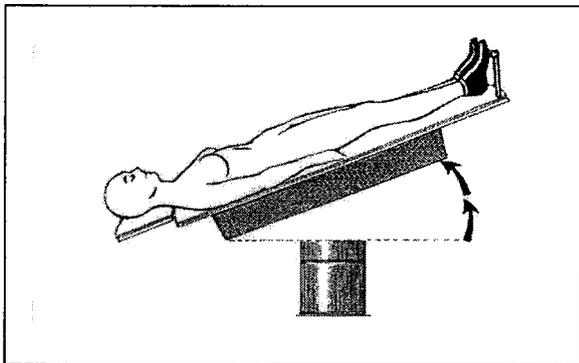
 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 15 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

❖ L'arto inferiore del lato su cui poggia il paziente va flesso, l'altro va esteso; tra loro deve essere posizionato sempre un cuscino o altro supporto morbido per contenerne l'adduzione e ridurre il contatto.

❖ La posizione del tronco deve essere mantenuta da supporti stabilizzatori imbottiti così disposti :

1. anteriormente posto sulla superficie toraco - sternale
2. posteriormente, imbottito, sul gluteo

5.3.4 Posizione declive (Trendelemburg e anti trendelemburg)



Rischi

- Aumento del ritorno venoso
- Aumento pressione intracranica o intra oculare (cefalea – edema cerebrale e distacco di retina in pazienti a rischio)
- Possibile diminuzione delle performance respiratorie
- Aumento della pressione intra gastrica
- Stasi venosa al capo (cianosi ed edema al volto, al collo ed alla porzione superiore del tronco);

Questa posizione si rende necessaria ogni volta si interviene sugli organi del piccolo bacino, in quanto permette lo spostamento dei visceri verso il diaframma. Questa posizione richiede l'uso di sostegni imbottiti in corrispondenza delle spalle per impedire lo scivolamento del paziente dal letto operatorio.

Non prolungare oltre il necessario il tempo di permanenza.

Nel corso dell'intervento l'anestesista valuta gli effetti del posizionamento e, ove necessario, avvisa il 1° operatore della necessità di modificare il posizionamento.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di lavoro aziendale Blocco Operatorio	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-001/0 pag. 16 di 16	Preparazione e posizionamento corretto del paziente	Data: 05/05/2014 Revisione 0

E' opportuno ricordare inoltre che le posizioni anti declive o di anti trendelemburg determinano una riduzione del ritorno venoso, della gittata e della pressione arteriosa, una migliore frequenza cardiaca, compliance polmonare e capacità vitale.

I punti di compressione delle posizioni anti - declive sono gli stessi della posizione supina e gli accorgimenti per la protezione dei punti di compressione hanno lo scopo di prevenire lesioni dei nervi ulnari, del radiale e cutaneo -laterale, dell'anca ed alopecia.

I punti di compressione della posizione anti-declive devono essere protetti interponendo i supporti in gel o polimero visco- elastico tra superficie corporea e letto operatorio. Nelle posizioni anti declive possono essere inoltre posizionati dei supporti nei piedi del paziente per evitare lo scivolamento del paziente.

6.VALIDAZIONE

N.A.

7. MATERIALI E STRUMENTI UTILIZZATI

N.A.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI/DOCUMENTALI

Riferimenti bibliografici

- Centers for Disease Control and Prevention "Linee guida per la prevenzione dell'infezione del sito chirurgico" - Giornale Italiano Infezioni Ospedaliere 1999; 6: 167-195
- Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list –Ministero della salute- Ottobre 2009
- Paletto A. E. "Nuovo trattato di Tecnica Chirurgica" vol 1 1996 ; pagg 83-90

9. ALLEGATI

- Istruzione operativa gestione della tricotomia (PR-BO-001 I.O.-01)
- Istruzione Operativa Doccia pre-operatoria (PR-BO-001 I.O.-02)
- Documento sul corretto utilizzo dell'elettrobisturi (PR-BO-001 DOC-01)

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1466 DEL 21 DIC. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto di n° 8 fogli di n° 16 pagine.

ASL Cagliari
 Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
 SSD Accreditamento Strutture
 Sanitarie e Socio-Sanitarie
 Il Responsabile Dott. Aldo Monni