



# Master Universitario di l° livello in:

## ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN SALA OPERATORIA

**Direttore: PROF. Michele Camandona** 

DOPPIO SITO CHIRURGICO
CONTEMPORANEO NEL LEMBO DI RICOSTRUZIONE IN
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO

Tesi di:

Dott. Elena Neggia

Relatore

Chiar. mo Prof. Michele Camandona

Anno Accademico 2020 - 2021

## INDICE

INDICE	2
ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1	5
Assistenza chirurgica intraoperatoria del paziente sottoposto a glossectomia con ricostruzione con lembo di avambraccio.  1.1.1 CONTESTO  1.1.2 EQUIPE OPERATORIA  1.2 PERCORSO INTRAOPERATORIO DEL PAZIENTE	<b>5</b> 5 5
CAPITOLO 2	8
Identificazione dei punti di forza e delle criticità di un doppio campo operatorio 2.1 OBIETTIVO 2.2 STRATEGIA 2.3 OBIETTIVI SPECIFICI 2.4 FATTIBILITA' 2.5 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA	5 ottoposto a glossectomia con 5 5 5 ITE 5
CAPITOLO 3	14
Proposta migliorativa 3.1 OSSERVAZIONE INTERVENTI CHIRURGICI 3.2 PIANIFICAZIONE 3.3 CHECK LIST	14 14
CONCLUSIONE	17
BIBLIOGRAFIA  Allegato 1  Allegato 2  Allegato 3  Allegato 4	20 21 22

## **ABSTRACT**

Candidata: Elena Neggia

Titolo: DOPPIO SITO CHIRURGICO CONTEMPORANEO NEL LEMBO DI RICOSTRUZIONE IN CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE. PROPOSTA DI MIGLIORAMENTO.

Anno accademico 2020- 2021

Nel periodo compreso tra gennaio 2021 e novembre 2022 nel blocco operatorio Orl Maxillo facciale dell'ospedale Molinette vengono effettuati 64 interventi di ricostruzione microvascolare con lembo microchirurgico, di questi 20 riguardano il carcinoma squamocellulare della lingua con ricostruzione con lembo di avambraccio. Dall'osservazione della gestione del doppio campo operatorio dell'intervento chirurgico in oggetto e relativa ricostruzione con lembo di avambraccio, si rileva un rallentamento dei tempi di preparazione del paziente e allestimento del campo operatorio con una ridondanza di attività.

Si propone un progetto migliorativo, suddiviso in n° 3 tappe, identificando come risultato atteso una risposta chirurgica standardizzata e condivisa da tutta l'equipe. Si procede con l'osservazione di n° 2 interventi in cui è stato previsto un briefing pre operatorio con i professionisti coinvolti e compilazione di una check list allestita. Dall'osservazione si coglie una coerenza dei tempi dichiarati rispetto a quelli rilevati, una riduzione del tempo di preparazione del paziente e del doppio campo chirurgico con minor utilizzo di strumentario, teleria e miscellanea.

A conclusione si è raggiunta una risposta standardizzata e condivisa dall'equipe come primo passo per approcciare tutti gli interventi con doppio sito chirurgico che si eseguono presso il nostro servizio.

## INTRODUZIONE

A conclusione del percorso formativo avviato con il Master Universitario di I livello in "Assistenza infermieristica di sala operatoria" presso l'Università degli studi di Torino, si analizzano le criticità e i vantaggi che derivano dall'allestimento di un doppio campo operatorio.

Nello specifico si approfondiscono le fasi dell'intervento di demolizione e ricostruzione con lembo microvascolare di avambraccio nell'intervento per carcinoma della lingua in chirurgia oncologica di chirurgia maxillo facciale.

Dal gennaio 2021 al novembre 2022 presso il Bo misto Orl Maxillo facciale del Presidio ospedaliero Molinette sono stati effettuati 64 interventi<sup>1</sup> di ricostruzione microvascolare con lembo microchirurgico che hanno implicato il doppio campo operatorio.

Della casistica n.20 interventi riguardano il carcinoma squamocellulare della lingua con ricostruzione con lembo di avambraccio.(Allegato 1)

Durante il percorso lavorativo mi sono domandata quali fossero le migliori pratiche da attuare durante un intervento demolitivo che prevedesse una parte ricostruttiva contemporanea.

Nella chirurgia oncologica maggiore del distretto maxillo facciale si utilizzano, per la ricostruzione, lembi muscolari microvascolarizzati e innesti di osso o di cartilagine prelevati da un sito chirurgico diverso da quello della demolizione oncologica.

L'allestimento contemporaneo di due campi operatori riduce i tempi chirurgici e anestesiologici (Allegato 2) e permette l'ottimizzazione delle risorse strutturali, umane e dei costi.

A lato si osservano delle difficoltà riguardanti l'ergonomia degli operatori che compongono le due equipe che partecipano all'intervento in simultanea.

Nel caso di allestimento relativo alla bilateralità, in cui vengono interessate parti del corpo multiple/ livelli multipli, occorre porre attenzione ad un'efficace comunicazione tra i componenti delle equipe<sup>2</sup> al fine di rispettare tutte le indicazioni relative alla sicurezza in sala operatoria.

<sup>2</sup>Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali. Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check list.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Dato tratto dall'analisi degli atti operatori dell'anno 2021 fino al novembre 2022

## **CAPITOLO 1**

Assistenza chirurgica intraoperatoria del paziente sottoposto a glossectomia con ricostruzione con lembo di avambraccio.

#### 1.1.1 CONTESTO

L'analisi si è svolta presso Blocco operatorio misto Orl Maxillo facciale, Presidio Ospedaliero Molinette, "Città Della Salute e Della Scienza di Torino" nel periodo compreso tra il gennaio 2021 e il mese di novembre dell'anno 2022.

#### 1.1.2 EQUIPE OPERATORIA

L'equipe è composta da personale sterile e personale non sterile.

Ciascuna equipe operatoria sterile è così composta:

- un chirurgo primo operatore
- un chirurgo secondo operatore
- uno specializzando di chirurgia
- un infermiere strumentista.

L'equipe non sterile è composta da:

- nurse di anestesia
- infermiere di sala operatoria
- OSS
- anestesia
- specializzando di anestesia.

Le equipe collaborano sinergicamente durante ogni fase dell'intervento chirurgico.

Il conteggio delle garze e miscellanee è condiviso da chirurgo, infermiere strumentista, nurse di anestesia o infermiere circolante o OSS.

#### 1.2 PERCORSO INTRAOPERATORIO DEL PAZIENTE

Il paziente che necessita di un intervento chirurgico per carcinoma squamocellulare della lingua, con ricostruzione con lembo microchirurgico di avambraccio, effettua il seguente percorso all'interno del blocco operatorio.

Dal punto di vista anestesiologico viene posizionato, nei giorni precedenti l'intervento chirurgico, un accesso centrale PICC.

Il PICC non deve essere posizionato al lato in cui verrà prelevato il lembo di avambraccio.

All'accesso nel blocco operatorio, dopo aver effettuato le domande previste dalla check list, si posiziona un ulteriore accesso vascolare ed uno arterioso così da avere un monitoraggio pressorio costante.

All'ingresso in sala operatoria il paziente viene monitorato e, dopo l'intubazione orotracheale, si posiziona il catetere vescicale.

L'infermiere strumentista prepara quindi il campo chirurgico (**Allegato 3**) per l'esecuzione del primo intervento che consiste in una tracheotomia, al termine della quale viene posizionato un tubo mountandon e, chiuso il primo conteggio, viene eliminato il campo operatorio. (**Allegato 4**)

Il tempo stimato per questa fase è di circa 60 minuti.

Si procede con l'allestimento del campo operatorio:

- a) parte interessata dal carcinoma (capo/ collo), per la fase demolitiva;
- b) parte in cui si preleverà il lembo (sul braccio), per la parte ricostruttiva.

Allestiti questi campi, lo strumentista comunica e condivide con il nurse, l'infermiere di sala o l'oss, il conteggio chirurgico di ciascun sito operatorio.

Il chirurgo procede quindi con l'inizio dell'intervento demolitivo, che prevede la rimozione dei linfonodi del collo, prima della rimozione del carcinoma della lingua.

Nel frattempo, l'equipe che si occupa del prelievo del lembo di avambraccio, per la ricostruzione, inizia ad isolare le strutture muscolari, i vasi (senza clamparli) e la struttura cutanea che servirà per la fase successiva.

Durante queste fasi le due equipe comunicano costantemente per confrontarsi sulle dimensioni del pezzo e del numero e tipo di vasi da prelevare, in base alla dimensione del pezzo chirurgico tumorale che verrà rimosso.

Terminata la fase demolitiva, con la rimozione del carcinoma, inizia la fase ricostruttiva con la preparazione dei vasi che andranno anastomizzati.

#### (Allegato 4)

Tempo stimato per questa fase circa 300 minuti.

Si procede al distacco del pezzo ricostruttivo che viene trasportato in sede cervico orale ed in seguito all' anastomosi vascolare viene fissato al tessuto residuo, adattandolo per dimensione all'anatomia funzionale del paziente.

I chirurghi procedono alla chiusura delle incisioni ed al posizionamento di drenaggi. Nel caso in cui sia stata prelevata anche la cute a livello dell'avambraccio questa viene sostituita da una matrice sintetica.

L'infermiere strumentista ad ogni cambio di campo, al posizionamento dei drenaggi, al termine della chiusura del sottocute e della cute effettuerà il conteggio delle miscellanee e dei ferri presenti sull'allievo con il personale di sala non sterile. Questo verrà poi condiviso anche con i chirurghi e l'anestesista presenti in sala.

Il paziente al termine dell'intervento verrà trasportato in ICU<sup>3</sup> per l'assistenza post operatoria in prima giornata.

Tempo stimato per questa fase 240 minuti.

-

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Intensive Care Unit

## **CAPITOLO 2**

## Identificazione dei punti di forza e delle criticità di un doppio campo operatorio

#### 2.1 OBIETTIVO

Dall'osservazione della gestione attuale del doppio campo operatorio di chirurgia oncologica, per carcinoma della lingua con ricostruzione con lembo microchirurgico di avambraccio, si rileva una complessità durante alcune fasi dell'intervento chirurgico che necessitano di risposte appropriate e veloci.

Per doppio campo chirurgico si intende la presenza contemporanea di due siti chirurgici, talvolta anche distanti, aperti contemporaneamente e che rispettino entrambi tutte le caratteristiche allegate .(Allegato 3)

La scelta di intervenire su questo tema è in relazione al criterio PUIG:

**Prevalente** dal gennaio 2021 al novembre 2022 presso il Bo misto Orl Maxillo facciale del Presidio ospedaliero Molinette sono stati effettuati 64 interventi di ricostruzione microvascolare con lembo microchirurgico che hanno previsto un doppio campo chirurgico contemporaneo.

*Urgente* il problema riveste un carattere di urgenza per gli operatori e le equipe al fine di evitare scontri all'interno dell'equipe e contaminazione del sito chirurgico.

**Possibilità di Intervento** l'intervento è di tipo migliorativo all'interno dell'equipe del doppio campo operatorio sia di carattere gestionale dell'intervento che di soddisfazione personale.

*Gravità* una non corretta gestione dell'intervento può provocare allungamento dei tempi chirurgici e rischio di contaminazione del campo sterile

Alla luce di quanto dichiarato, nella specificità degli interventi di demolizione e ricostruzione con lembo microvascolare di avambraccio, nell'intervento per carcinoma della lingua in chirurgia oncologica di chirurgia maxillo facciale, si identificano come attività prioritarie da attuare quelle atte ad un miglioramento della gestione del doppio campo chirurgico al fine di migliorare l'outcome post operatorio del paziente.

L'approccio proposto è orientato verso un osservazione, nelle varie fasi dell'intervento chirurgico, individuando attività ridondanti, specifiche responsabilità rispetto ad esse e l'integrazione dei membri dell'equipe. In questa visione si pone in primo piano il riconoscimento attivo di un leader all'interno dell'equipe, garante della qualità del processo chirurgico intraoperatorio degli interventi, che può essere identificato con l'infermiere strumentista.

Il risultato atteso, entro il 31 dicembre 2022, del progetto elaborato è un'efficace risposta chirurgica standardizzata e condivisa negli interventi di demolizione e ricostruzione con allestimento di doppio campo operatorio, complicato da continua possibilità di contaminazione e allungamento dei tempi chirurgici.

#### Indicatore:

Procedure allestimento doppio campo operatorio.

Conoscenza e condivisione di tutta l'equipe chirurgica e anestesiologica.

Standard: 100% entro il 31 dicembre 2022

#### 2.2 STRATEGIA

La strategia principale per il raggiungimento dell'obiettivo generale è la condivisione e analisi di quelli che possono essere i punti di forza e le criticità relative al doppio campo operatorio contemporaneo.

L'individuazione degli standard qualitativi a cui riferirsi permette l'evolversi di uno sviluppo e un uso appropriato delle competenze dei professionisti.

Si identifica come attività prioritaria la definizione di procedure condivise dall'equipe atte a ridurre i rischi di contaminazione nell'allestimento del doppio campo chirurgico, avendo sempre come punto di riferimento le procedure aziendali relative all'allestimento e mantenimento del campo sterile.

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo generale si decide di procedere con obiettivi specifici suddivisi in fasi.

#### 2.3 OBIETTIVI SPECIFICI

Gli obiettivi specifici per la fase di attuazione sono legati alla condivisione di ciascun membro dell'équipe del progetto proposto, all'osservazione di casi specifici di allestimento del campo chirurgico con prelievo di lembo di avambraccio, al briefing

pre operatorio con condivisione da parte dell'equipe delle attrezzature e dei tempi definiti, all'esecuzione di due interventi che prevedano un briefing e all'organizzazione di incontri con il personale interessato per impostare una procedura di allestimento di doppio campo operatorio nell'intervento per ca della lingua con prelievo di lembo di avambraccio.

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo generale ciascun obiettivo specifico verrà condiviso dal personale medico e infermieristico in ogni sua fase.

Con l'osservazione di due casi specifici si prevede che l'infermiere di sala osservi l'allestimento dei vari campi chirurgici, il comfort ergonomico degli operatori sterili e la maneggevolezza di tutti i dispositivi anestesiologici.

Lo strumentista si accerta della congruenza dei container e della teleria relativi all'intervento.

Tutta l'equipe rileva la possibile contaminazione durante le varie fasi dell'intervento.

Il chirurgo con tutta l'equipe osserva il tempo operatorio legato a ciascuna fase chirurgica.

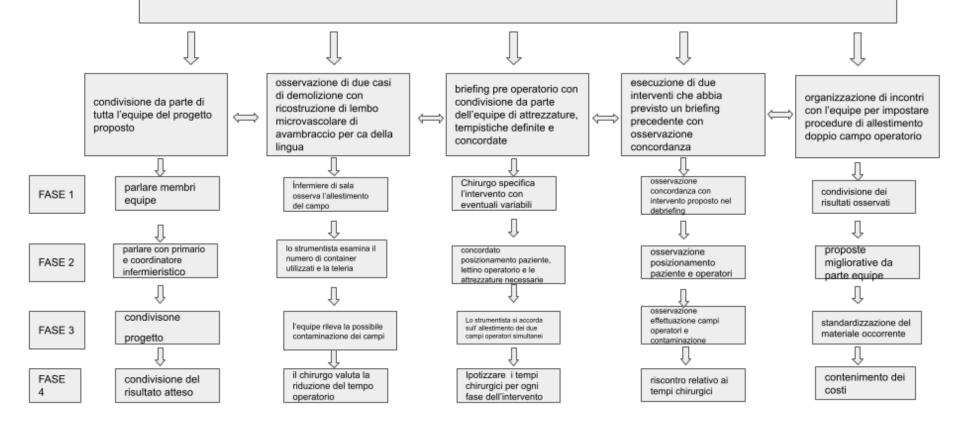
Nel briefing pre operatorio il chirurgo specifica il tipo di intervento con le eventuali variabili, l'equipe concorda il posizionamento del paziente, del letto operatorio e le attrezzature necessarie, lo strumentista si accorda su come allestire i due campi operatori simultanei e con il chirurgo si ipotizzano i tempi relativi ad ogni fase chirurgica.

Durante l'esecuzione di due interventi chirurgici con un debriefing pre operatorio si osserverà la concordanza dell'intervento proposto con quello poi effettuato, il posizionamento del paziente, degli operatori e del letto, il rischio di contaminazione nell'effettuazione dei due campi chirurgici e si avrà una valutazione della congruenza dei tempi reali rispetto a quelli attesi.

Seguiranno degli incontri con l'equipe per impostare procedure per l'allestimento di un doppio campo operatorio che prevedono la condivisione dei risultati osservati, la standardizzazione del materiale da utilizzare, del posizionamento delle apparecchiature elettromedicali, del letto operatorio e del paziente con proposte migliorative da parte dell'equipe.

Segue flow chart **Obiettivi Specifici**.

Il risultato atteso, entro il 31 dicembre 2022, del progetto elaborato è un'efficace risposta chirurgica standardizzata e condivisa in interventi di demolizione e ricostruzione con allestimento di doppio campo operatorio, complicato da continua possibilità di contaminazione e allungamento dei tempi chirurgici.



#### 2.4 FATTIBILITA'

Il progetto è inserito in un contesto organizzativo dinamico, multiprofessionale in cui la partecipazione attiva di tutta l'equipe chirurgica sterile e non contribuisce al raggiungimento degli obiettivi specifici. A lato si può verificare una percezione di questa problematica non rilevante da parte dei membri dell'equipe.

Questo è dovuto alla settorialità di ciascun professionista presente in sala operatoria. Il chirurgo e la strumentista si focalizzano sull'intervento chirurgico in sé.

L'anestesista e il nurse sulla stabilità emodinamica e respiratoria del paziente.

L'infermiere circolante o l'OSS si concentrano su tutte le attività di contorno della sala. Questo frazionamento delle attività può allontanare dall'obiettivo comune: ciascun professionista si sente responsabile di una parte specifica del percorso.

La fattibilità del progetto è legata quindi alla definizione di momenti specifici durante le varie fasi dell'intervento, alla promozione di una comunicazione efficace tra gli operatori e alla conoscenza della procedura di allestimento del campo operatorio.

Il coinvolgimento di tutta l'equipe nelle varie fasi è uno dei punti di forza per il raggiungimento dell'obiettivo nei tempi previsti.

#### 2.5 PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA

I *punti di forza* che spingono l'equipe a creare due campi chirurgici contemporanei sono:

- riduzione dei tempi intraoperatori;
- ottimizzazione delle risorse strutturali, umane e dei costi.

La riduzione dei tempi operatori rappresenta un vantaggio per il paziente che, con un tempo inferiore di esposizione chirurgica, consente di ridurre i rischi di problematiche post operatorie legate al rischio infettivo.

Un periodo di anestesia inferiore permette inoltre, a pazienti che vengono sottoposti a questo tipo di chirurgia anche in età avanzata, una migliore gestione delle comorbilità associate.

Un vantaggio chirurgico specifico riguarda il lembo di avambraccio che viene mantenuto il maggior tempo possibile vascolarizzato, in modo tale da ridurre al minimo il tempo di ischemia.

I *punti di debolezza* riguardano:

- Ergonomia degli operatori delle due equipe sul campo chirurgico
- Difficoltà nella comunicazione contemporanea tra le equipe e col personale di sala
- Difficoltà a garantire la sterilità tra fase demolitiva e ricostruttiva.

La collaborazione necessaria tra le equipe in questo tipo di interventi è un argomento rilevante, in quanto durante le fasi più critiche può non essere semplice la costante comunicazione. E' sempre più forte l'evidenza che i fallimenti della comunicazione possano portare ad errori sanitari ed eventi avversi, che possono generare gravi danni al paziente, costituendo un rilevante ostacolo alla sicurezza e qualità dell'assistenza.

Il lavoro in contemporanea permette però di adattare al meglio l'intervento ricostruttivo sulla base di quello demolitivo.

Mantenere un' ergonomia funzionale alle due equipe può essere difficoltoso a causa della presenza contemporanea di molto personale in spazi ridotti.

Relativamente al mantenimento della sterilità, i due siti chirurgici devono essere allestiti, per quanto possibile, in modo separato. Ci deve essere il minor contatto tra i due campi, soprattutto in interventi che riguardino zone in cui la sterilità non si può raggiungere(naso o bocca) in questo caso, molto complicato, attraverso manovre antisettiche, l'obiettivo è di ridurre la possibilità di contaminazione proveniente da altre sorgenti.

La possibilità di ritenzione di materiale estraneo al sito chirurgico è un rischio per i quali esistono protocolli molto precisi, ai quali lo strumentista e tutta l'equipe si devono attenere.

Per poter attuare questo tipo di procedura vi è la necessità di avere un buon numero di risorse umane che possano costituire due equipe che lavorino insieme con una buona sintonia e sinergia.

Inoltre, le strutture (sala operatoria) devono avere spazi adeguati alla necessità di avere due campi chirurgici con equipe e strumentazione dedicata a ciascun intervento (allievi, microscopio, trapano), che in ogni caso, deve essere considerato a sé stante, per quel che riguarda il mantenimento della sterilità e il conteggio chirurgico.

## **CAPITOLO 3**

## Proposta migliorativa

#### 3.1 OSSERVAZIONE INTERVENTI CHIRURGICI

In data 23 novembre e 1 dicembre 2022 sono stati effettuati due interventi per carcinoma squamocellulare della lingua, con ricostruzione con lembo microchirurgico di avambraccio.

#### Dall'osservazione si rileva<sup>4</sup>

- <u>discrepanza tempistiche definite in nota e rilevate dai flussi(tempo indicato</u> <u>sulla nota 420 minuti/ tempo reale 600 minuti)</u>
- <u>utilizzo di molti container e sovrabbondanza di teleria (definizione intervento non dettagliata)</u>
- ritardo partenza intervento per posizionamento del paziente e dei vari dispositivi (mancanza di coordinazione dell'equipe nella fase di allestimento)

#### 3.2 PIANIFICAZIONE

La fase fondamentale del percorso intraoperatorio relativa all'intervento chirurgico è stata la condivisione con tutti gli operatori delle procedure già esistenti al fine di ottimizzare le risorse e in un secondo tempo procedere per la standardizzazione di attività specifiche.

Il percorso è stato suddiviso in tappe.

#### **TAPPA 1**

Condivisione delle procedure esistenti con tutta l'equipe. Congruenza tra l'intervento descritto in nota operatoria e l'intervento effettuato.

Coerenza tra le tempistiche dichiarate nella nota operatoria rispetto a quelle reali derivate dai flussi di sala operatoria.

#### TAPPA 2

Confronto con lo strumentista e chirurgo sull'utilizzo dello strumentario.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Controllo flussi di sala operatoria

Valutazione eventuale aggiornamento dei container e definizione della check list (strumentario, teleria e miscellanea) da utilizzare per ciascuna fase dell'intervento chirurgico.

#### TAPPA 3

Definizione dell'arto da utilizzare per il prelievo del lembo microchirurgico e di conseguenza del lato per il posizionamento del PICC.

Precisare l'estensione della tricotomia necessaria.

Determinazione di una procedura per l'allestimento della sala in relazione al sito chirurgico (posizionamento del letto operatorio, del microscopio, del respiratore e delle equipe).

Dall'osservazione di numero due interventi effettuati nel mese di dicembre che abbiano previsto un briefing precedente si è osservato una coerenza dei tempi dichiarati rispetto a quelli rilevati.

In nota operatoria è stato definito lo strumentario e le apparecchiature necessarie in ciascuna fase, questo ha permesso una riduzione dei tempi di preparazione del campo operatorio e la ridondanza nell'utilizzo di strumentario, teleria e miscellanea.

A lato si osserva che vi è una ridondanza di attività in fase di preparazione del campo chirurgico, posizionamento delle apparecchiature e posizionamento dell'equipe.

Seguendo il percorso di condivisione dell'equipe si procede con l'allestimento di una check list sugli interventi in oggetto compilata il giorno precedente dal chirurgo, anestesista, strumentista e nurse.

#### 3.3 CHECK LIST

Inerente la tipologia specifica dell'allestimento del doppio campo operatorio, la check list condivisa e proposta è uno strumento procedurale, semplice ed esaustivo di cose da fare e verificare, per rafforzare le indicazioni della nota operatoria.

In seguito a n. 2 incontri, si procede nell'allestimento della CHECK LIST.

## DEMOLIZIONE E RICOSTRUZIONE CON LEMBO DI AVAMBRACCIO

SIG. INTERVENTO Data:	SIG. INTERVENTO	Data:
-----------------------	-----------------	-------

Definizione giorno prima intervento				
SITO CHIRURGICO	STRUMENTARIO	ANESTESIA		ALLESTIMENTO SALA/ POSIZIONAMENTO PAZIENTE
SITO CHIRURGICO DEMOLITIVO	Set lembo	TRACHESTOMIA/TOM		BRACCIO DX
BOCCA dx sx bilaterale	Set fibula	BRONCOSCOPISTI		No
da sa offactale	Set microchirurgia		SI I	NO Property of the control of the co
COLLO- SVUOTAMENTI	Trapano anspach	PIC	SI I	NO PRACCIO SY
dx sx bilaterale	Pietzo	RIANIMAZIONE	51	NO BRACCIO SX
SITO CHIRURGICO RICOSTRUTTIVA  BRACCIO	Radiofrequenza	KIANMAZIONE	SI N	NO CONTRACTOR OF THE PROPERTY
dx sx	Dermatomo			
GAMBA PER RICOSTRUZIONE	Set tracheo			
CUTE dx sx	Sistema impiantistica			

## CONCLUSIONE

Al termine dell'elaborato, le mie riflessioni sono volte all'integrazione dell'equipe, attraverso la condivisione delle criticità, definizione degli obiettivi e proposte di miglioramento nel percorso intraoperatorio in interventi con doppio sito chirurgico nelle chirurgia maxillo facciale.

L'identificazione di un leader<sup>5</sup> all'interno dell'equipe, in questo caso riconosciuto come lo strumentista, coinvolto in tutto il processo intraoperatorio, ha consentito di mettere in atto una serie di interventi condivisi.

L'obiettivo mirava ,entro il 31 dicembre 2022, ad avere una risposta chirurgica standardizzata e condivisa da tutta l'equipe negli interventi di demolizione e ricostruzione con lembo microchirurgico.

La partecipazione e condivisione degli obiettivi ha portato alla creazione di uno strumento (check list), attraverso il quale si è raggiunta una standardizzazione in fase di Sign In di preparazione e allestimento del campo operatorio.

Si sono osservati interventi chirurgici che prevedessero un briefing pre operatorio e compilazione di una check list allestita con incontri dei professionisti coinvolti.

Il numero limitato di interventi osservati (n. 2 interventi) può essere letto come una criticità per la valutazione del risultato.

Di conseguenza, al fine di proseguire con il progetto migliorativo proposto, nel mese di gennaio si procederà alla sperimentazione di questa metodologia su tutti gli interventi che prevedano un allestimento di doppio campo chirurgico (modificando e calzando la check list a seconda della tipologia degli interventi di ricostruzione con lembo di fibula o di vasto laterale di coscia).

A livello aziendale, dopo un periodo di sperimentazione, la check list, seguirà un percorso di autorizzazione e validazione, come allegato alla cartella infermieristica intraoperatoria per gli interventi con doppio campo chirurgico eseguiti presso il Blocco Operatorio Otorino Maxillo Facciale.

stare con i propri colleghi.

17

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> "I leader sono le persone con un ruolo di leadership formale o informale che sono riconosciute dai colleghi come esperti nella loro pratica che considerano come loro priorità l'assistenza ai pazienti e l'eccellenza del nursing, in cui si può avere fiducia e con cui è agevole conversare dei propri sogni e della visione che si ha della propria carriera. La leadership è dunque un modo di comunicare e di

Questo è stato reso possibile grazie all'impegno, da parte di ciascun membro dell'équipe, come parte attiva all'interno del progetto che ha come obiettivo il miglioramento di attività atte a garantire risposte efficaci al bisogno di salute del paziente e, non meno importante, l'integrazione del gruppo inteso come multiprofessionale.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Cozzolino L.., Asepsi in sala operatoria: le linee guida comportamentali, Nurse24.it, 2018
- ➤ Kyle S. Ettinger, Higher perioperative fluid administration is associating with increased rates of complications following head and neck microvascular reconstruction with fibula free flaps
- ➤ Ministero della Salute, Raccomandazioni per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico, Marzo 2008
- ➤ Lo Muzio L.,Pelo S., *Il carcinoma orale- Manuale di riferimento,* Foggia, Grilli Editore 2009
- ➤ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Manuale per la sicurezza in sala operatoria. Raccomandazioni e Check list. Ottobre 2009
- ➤ Calamandrei C., Pennin A., *La leadership in campo infermieristico*, Milano, McGraw-Hill Education 2009
- ➤ Lanza G.V., Chirurgia notes. Una guida tascabile per la Sala Operatoria.

  Torino,Ed. Minerva Medica, 2018
- ➤ Banfi G., Magon G., Maniaci V., Vinci A., *Metodologia della ricerca infermieristica e rischio clinico. Dalla teoria alla pratica. Presentazione di un progetto di ricerca infermieristica.* Padova, Piccin-Nuova Libraria 2007
- Cozzolino L. Sala Operatoria. Assistenza Infermieristica. Nuova Cultura Ottobre 2014
- Scacchetti D., Lusuardi R., Amici E., Manuale Infermiere Strumentista. Ruolo e Competenze in Chirurgia tradizionale- mininvasiva-endovascolare- robotica. Torino, Ed .Minerva Medica, 2011

## ALLEGATI

Il carcinoma orale rappresenta il più diffuso dei tumori maligni del cavo orale ed è tutt'oggi un serio problema per la salute umana con un impatto clinico in termini di incidenza, prevalenza e tasso di mortalità che non tende a migliorare.

La diagnosi è fatta spesso quando la neoplasia è in stato avanzato e conseguentemente la prognosi si presenta scarsa con alta morbilità e mortalità.

In Italia, l'incidenza media è di 8,44 nuovi casi all'anno ogni 100000 abitanti tra gli uomini e di 2,22 tra le donne, con notevoli variazioni di incidenza tra le varie regioni italiane, che riflettono le differenze legate ad usanze locali quali consumo del tabacco e assunzione di bevande alcoliche.

Sempre in Italia , nel periodo 1986/1997, l'incidenza dei tumori orali è risultata sostanzialmente costante per gli uomini ed in aumento per le donne.

Il tumore orale interessa prevalentemente individui intorno alla V-VI decade di vita, tuttavia negli ultimi anni l'incidenza del carcinoma orale in età inferiore ai 60 anni sta aumentando drammaticamente, con l'aggravante che non sono stati evidenziati miglioramenti nè prognostici, nè terapeutici per gli stadi avanzati: la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è complessivamente del 44% con una stabilità quasi demoralizzante delle curve di mortalità (periodo 1951/2001) sia per il sesso femminile che per quello maschile.

Solo se il carcinoma orale viene diagnosticato in fase precoce, la sopravvivenza a 5 anni raggiunge circa l'80-90% ed il costo della spesa sanitaria è significativamente minore, con una migliore qualità di vita residua, altrimenti molto scarsa.

L'analisi dei flussi di sala permette di analizzare e confrontare la durata dell'intervento in esclusiva o in contemporaneità chirurgica.

La durata della tracheostomia ha un tempo variabile tra i 20 minuti e i 60 circa, questa fase è precedente l'intervento chirurgico principale e non prevede contemporaneità.

L'intervento demolitivo, che prevede lo svuotamento laterocervicale bilaterale, oltre la rimozione del tumore, ha un tempo medio tra le 4 e le 5 ore.

Il prelievo chirurgico del lembo di avambraccio nella sua totalità ha una durata media di 3 ore e la fase ricostruttiva prosegue infine per una media di altre 3 ore circa.

La somma dei vari tempi vede il paziente andare incontro ad un intervento della durata totale di circa 10 ore o più. L'analisi dei flussi di sala operatoria evidenzia che la contemporaneità tra la fase demolitiva e la fase di prelievo di lembo riduce i tempi chirurgici di 2/3 ore.

#### CAMPO CHIRURGICO

Si definisce campo chirurgico la zona circoscritta da teli sterili, che costituirà poi la sede dell'intervento chirurgico stesso e diventerà quindi il sito di incisione da parte del chirurgo.

Inizialmente il campo chirurgico è costituito dalla cute che, prima dell'intervento, deve essere accuratamente pulita, sgrassata, rasata e trattata con opportune soluzioni disinfettanti costituite prevalentemente da clorexidina, iodopovidone o derivati di ammonio quaternari.

Tali procedure servono a rendere la zona asettica e ridurre al minimo la flora batterica (residente e transitoria), così da inibire la riproduzione di microrganismi per contenere il rischio infettivo intra e post operatorio.

La preparazione del campo operatorio deve essere eseguita dall'operatore vestito sterilmente, il quale si occupa degli strumenti (ciotole, porta batuffoli, disinfettanti, garze) e della preparazione del paziente stesso (posizione adeguata al tipo di intervento).

Negli ultimi anni molti presidi sono diventati monouso, in particolare, il materiale necessario alla disinfezione della cute, (ad esempio le ciotole o i dispositivi precaricati di clorexidina al 2% alcolica sterili), i quali dopo l'utilizzo vengono subito smaltiti.

La preparazione della cute è un momento importante per la rimozione dei batteri transitori e residenti, l' antisettico liquido va distribuito in cerchi concentrici a partire dalla zona dell'incisione verso l'esterno, senza ripassare su zone già trattate.

Nel caso di utilizzo di prodotti a base alcolica, usati su cute integra, questi vengono fatti evaporare fino alla completa asciugatura.

Per quel che riguarda i prodotti a base acquosa, utilizzati prevalentemente per le zone mucose e in cui vi sono ferite aperte, si procede ad una asciugatura con telo sterile, tamponando sempre in direzione interno esterno.

In base al tipo di intervento chirurgico vengono previsti teli di diverse dimensioni, con forme e fenestrature adatte alla zona che andranno a coprire.

La teleria è rappresentata da dispositivi in tessuto non tessuto che caratterizzano sia i camici degli operatori che i teli sterili che vengono utilizzati per la copertura delle zone non interessate dall'intervento chirurgico.

Essi devono soddisfare diverse caratteristiche tecniche quali:

- resistenza allo strappo
- leggerezza
- idrorepellenza
- non abrasività
- assorbenza
- proprietà ignifughe.

Ciascuna di tali caratteristiche è indispensabile per il corretto mantenimento del campo sterile, durante tutta la durata dell'intervento chirurgico, al fine di evitare complicanze post' operatorie.

I camici indossati dagli operatori hanno la caratteristica di essere idrorepellenti, assicurando comunque un'elevata traspirabilità che lascia il personale comodo nelle attività e asciutto, anche dopo lunghe procedure.

L' area delimitata del campo sterile deve sempre essere piuttosto ampia così da consentire eventuali ampliamenti di incisione o il posizionamento di drenaggi anche distanti dall' incisione primaria.

#### Check list intervento tracheostomia

- Container Tracheo
- set teleria sterile
- 1 tubo aspirazione
- 1 conf garze 10x10 con filo di bario (10 garze)
- 1 conf tamponcini 8 mm (10 tamponcini)
- 1 bisturi lama 15
- 1 bisturi lama 11
- 2 filo seta 0 per fissaggio trachea alla cute
- 1 cannula aspirazione rigida grande e piccola( yankauer)
- 1 laccio vicryl 2/0
- 1 lubrificante sterile
- 1 tubo mountandon del diametro adeguato
- 1 siringa 20 ml per cuffiaggio

#### Check list intervento demolitivo

- container Lembo(parte demolitiva)
- set teli sterili
- 3 confezioni Garze 10x10 con filo di bario (10 garze)
- 1 confezione teli addominali verdi (2 teli)
- 1 conf tamponcini 8 mm(10 tamponcini)
- 1 bisturi lama 15
- 1 bisturi lama 11
- 2 bisturi lama 22
- 1 tubo aspirazione
- 1 cannula aspirazione grande e piccola (Yankauer)
- 1 sutura vicryl 2/0
- 1 sutura vicryl 3/0
- 1 sutura seta 2/0
- 1 laccio vicryl 2/0
- 1 laccio vicryl 3/0
- 1 ligaclip M
- 1 ligaclip S

1 suturatrice meccanica

#### Check list prelievo avambraccio

- container prelievo avambraccio
- set teli sterili
- 1 confezioni Garze 10x10 con filo di bario (10 garze)
- 1 conf tamponcini 8 mm(10 tamponcini)
- 1 bisturi lama 15
- 1 bisturi lama 11
- 1 bisturi lama 22
- 1 tubo aspirazione
- 1 cannula aspirazione grande e piccola (Yankauer)
- 1 confezione loop (2 pezzi)
- 1 sutura vicryl 2/0
- 1 sutura vicryl 3/0
- 1 sutura seta 2/0
- 1 laccio vicryl 2/0
- 1 laccio vicryl 3/0
- 1 ligaclip M
- 1 ligaclip S
- 1 suturatrice meccanica
- Integra della misura adeguata( se prelevata anche cute)

#### Check list ricostruzione

- container lembo (ricostruttiva)
- container vascolare
- set teli (cambio campo oncologico)
- 1 confezioni Garze 10x10 con filo di bario (10 garze)
- 1 conf tamponcini 8 mm(10 tamponcini)
- 1 bisturi lama 15
- 1 bisturi lama 11
- 1 tubo aspirazione
- 1 cannula di aspirazione grande e piccola(yankauer)
- 1 confezione teli addominali bianchi 40 x 40 (5)
- 2 sutura vicryl 2/0
- 2 sutura vycril 3/0

- 2 sutura prolene 8/0
- 1 sutura seta 2/0
- 1 suturatrice meccanica
- 1 tracheoflex