

Indicazioni per il corretto posizionamento dell'assistito in sala operatoria

Le indicazioni contenute nel documento sono state prodotte da un gruppo di professionisti individuati nell'ambito del Coordinamento della Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net) della Regione Emilia-Romagna

Salvador Agosta	Azienda USL della Romagna
Antonella Benedetti	Azienda USL di Reggio Emilia
Iliaria Blandizio	Azienda USL di Bologna
Stefano Bonilauri	Azienda USL di Reggio Emilia
Anselmo Campagna	Servizio Assistenza ospedaliera, Regione Emilia-Romagna
Paola Caponcelli	Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Ivan Castenetto	Servizio ICT, tecnologie e strutture sanitarie, Regione Emilia-Romagna
Chiara Cenacchi	Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna
Ruggero Corso	Azienda USL della Romagna
Anna Maria Fabbri	Azienda USL di Ferrara
Luca Golinelli	Azienda USL di Modena - Servizio Assistenza ospedaliera, Regione Emilia-Romagna
Franca Guzzo	Azienda USL di Modena
Paolo Lorenzini	Azienda USL di Bologna
Camilla Marchetti	Servizio ICT, tecnologie e strutture sanitarie, Regione Emilia-Romagna
Maria Mongardi	Servizio Assistenza ospedaliera, Regione Emilia-Romagna
Ottavio Nicastro	Servizio Assistenza ospedaliera, Regione Emilia-Romagna
Elisa Porcu	Servizio Assistenza ospedaliera, Regione Emilia-Romagna
Antonella Potalivo	Azienda USL della Romagna
Erminio Righini	Azienda USL di Ferrara
Evita Zoni	Azienda USL di Bologna

Il documento è stato posto in consultazione e condiviso con l'intero gruppo di lavoro (Determinazione n. 17680 del 7/11/2017 e s.m.i. del Direttore generale Cura della persona, salute e welfare).

Ideazione e realizzazione grafica

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Centrostampa della Regione Emilia-Romagna, ottobre 2019

Download Il documento è scaricabile in formato pdf dal sito Sicurezza delle cure della Regione Emilia-Romagna <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/sale-operatorie-sicure-sos-net/> [ultimo accesso ottobre 2019]

Sommario

Premessa	5
Indicazioni generali	5
Posizioni	6
Posizione supina	7
Posizione Trendelenburg	8
Posizione anti-Trendelenburg	9
Posizione litotomica	10
Posizione seduta o semi-seduta	11
Posizione laterale	12
Posizione prona	14
Posizione genupetturale	16
Riferimenti bibliografici	18
Allegato	19
7° indirizzo - La prevenzione delle lesioni da pressione in sala operatoria	19

Premessa

Nell'ambito del progetto regionale Sale operatorie sicure - SOS.net è emersa la necessità di elaborare - sulla base delle evidenze descritte in letteratura - alcune indicazioni essenziali in tema di corretto posizionamento in sicurezza dei pazienti in sala operatoria.

Il corretto posizionamento è finalizzato a prevenire e/o ridurre il rischio di cadute e di insorgenza di lesioni correlate alla posizione assunta dall'assistito (lesioni da pressione, lesioni vascolari, lesioni nervose, ecc.) in funzione della tipologia di intervento chirurgico.

Le *Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale*, emanate dalla Regione Emilia-Romagna a dicembre 2018, affrontano aspetti generali. Il presente documento approfondisce alcuni ambiti della tematica fornendo indicazioni sulle principali posizioni del paziente in sala operatoria.

Le organizzazioni sanitarie regionali potranno adottare le indicazioni nei diversi contesti locali, definendo eventuali ulteriori aspetti relativi a posizionamenti specifici per singole specialità chirurgiche non affrontati nel presente documento.

Indicazioni generali

Nel presente documento si fa riferimento alle *Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale* (Regione Emilia-Romagna, 2018), in particolare al 7° indirizzo, La prevenzione delle lesioni da pressione in sala operatoria, integralmente riportato in Allegato.

Inoltre si ricorda che

- per la sicurezza dell'assistito e del personale è necessario che durante il posizionamento sia presente un numero sufficiente di operatori
- dopo il posizionamento iniziale e dopo i successivi riposizionamenti, l'équipe verifica che non vi siano presidi (di posizionamento, immobilizzazione, monitoraggio, ecc.) che esercitino una pressione eccessiva sulle superfici corporee dell'assistito
- è consigliabile far assumere al paziente la posizione operatoria desiderata prima di indurre l'anestesia
- il chirurgo conferma il corretto posizionamento dell'assistito prima dell'allestimento del campo operatorio, di concerto con la componente anestesio-logica e infermieristica dell'équipe. La verifica del corretto posizionamento viene effettuata tramite la checklist di sala operatoria nei casi previsti (ad esempio SSCL)

Posizioni

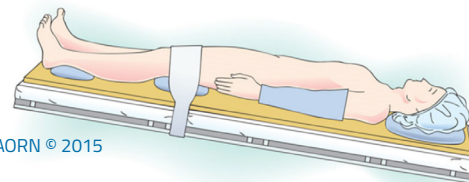
Le posizioni trattate nel documento sono

- supina
- Trendelenburg
- anti-Trendelenburg
- litotomica
- seduta o semi-seduta
- laterale
- prona
- genupetturale

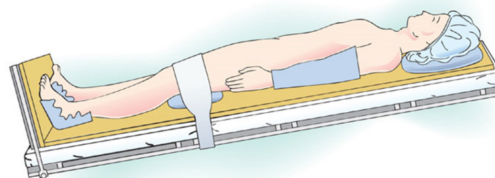
Per ogni postura sono fornite le indicazioni principali su come posizionare l'assistito, i punti di attenzione, ed eventuali suggerimenti specifici a seconda della figura dell'équipe coinvolta.



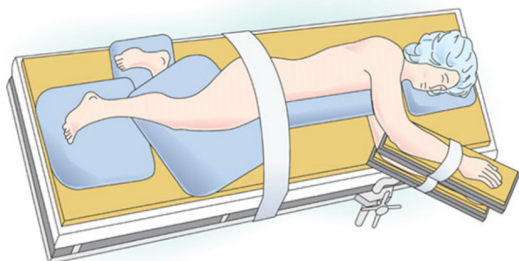
AORN © 2015



AORN © 2015



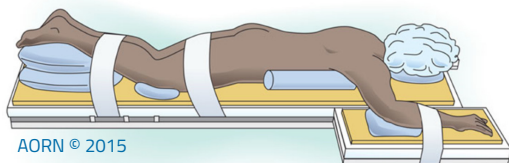
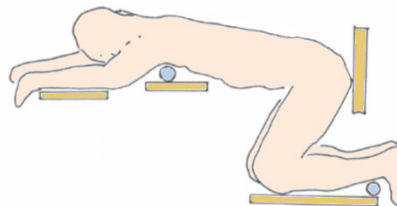
AORN © 2015



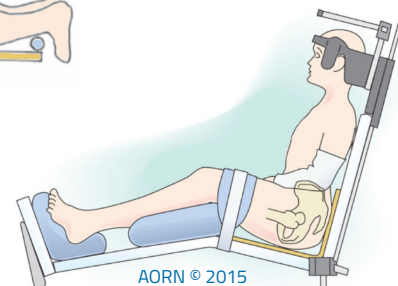
AORN © 2015



AORN © 2015

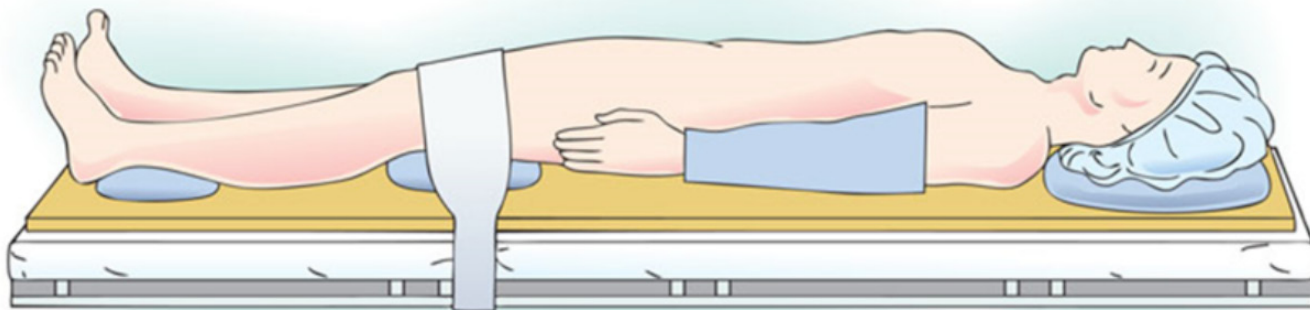


AORN © 2015



AORN © 2015

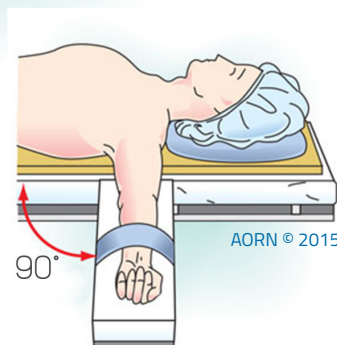
Posizione supina



AORN © 2015

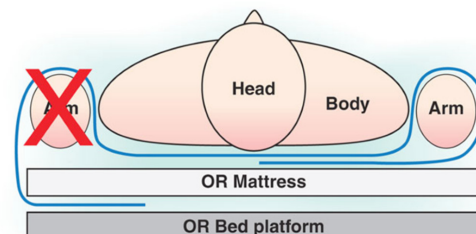
Braccia

- Fissare le braccia lungo il corpo con presidi o teli: palmi rivolti verso il corpo, non iperestendere i gomiti, teli posizionati tra il corpo e il materasso, facendo attenzione a non creare troppa pressione
- Flettere le braccia e adagiarle sul corpo
- Estendere le braccia e assicurarle ai reggibraccia: palmi rivolti verso l'alto, posizionare il reggibraccia allo stesso livello del materasso, braccia abdotte con angolo di massimo 90°, non iperestendere braccia e polsi



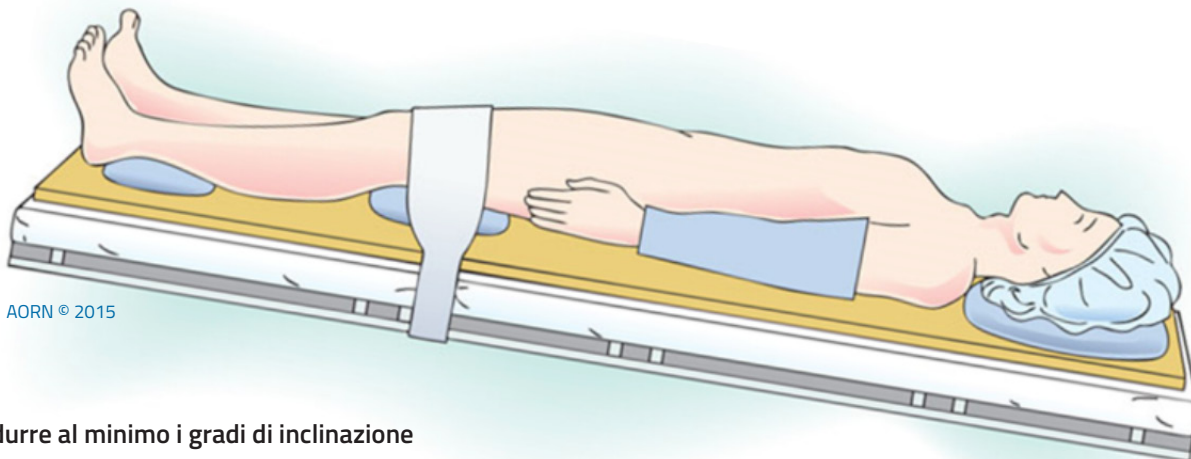
Corpo

- Flettere le ginocchia di circa 5-10° posizionando un cuscino/posizionatore idoneo specifico sotto alle ginocchia stesse
- Posizionare le cinghie di sicurezza circa 5 cm prossimali al ginocchio
- Mantenere le gambe parallele senza incrociare le caviglie
- Mantenere sollevati i talloni
- Proteggere i piedi da iperestensioni o flessioni accidentali



- Utilizzare sempre supporti idonei specifici per il mantenimento della posizione
- **Non utilizzare bende/fettucce per l'immobilizzazione**
- I teli fermabraccia vanno posizionati fra corpo e materasso, NON sotto al materasso

Posizione Trendelenburg



AORN © 2015

- Ridurre al minimo i gradi di inclinazione
- Mantenere la posizione per il minor tempo possibile
- Prevenire gli scivolamenti utilizzando
 - superfici in schiuma poliuretanica o gel
 - posizionatori a decompressione/vuoto
 - altri posizionatori specifici idonei
- Fissare le braccia al corpo con teli o presidi di immobilizzazione specifici idonei
- Se possibile, non utilizzare immobilizzatori per le spalle
- Se è indispensabile immobilizzare le spalle, utilizzare presidi specifici idonei
 - posizionare l'immobilizzatore a livello dell'articolazione acromion-claveare
 - gli immobilizzatori specifici idonei dovrebbero essere rivestiti/imbottiti
 - le braccia devono essere assicurate lungo il corpo con teli o con presidi specifici idonei
- Non utilizzare polsieri in assenza di immobilizzatori per le spalle
- Se possibile, non posizionare in Trendelenburg pazienti estremamente obesi (BMI >40 Kg/m²)

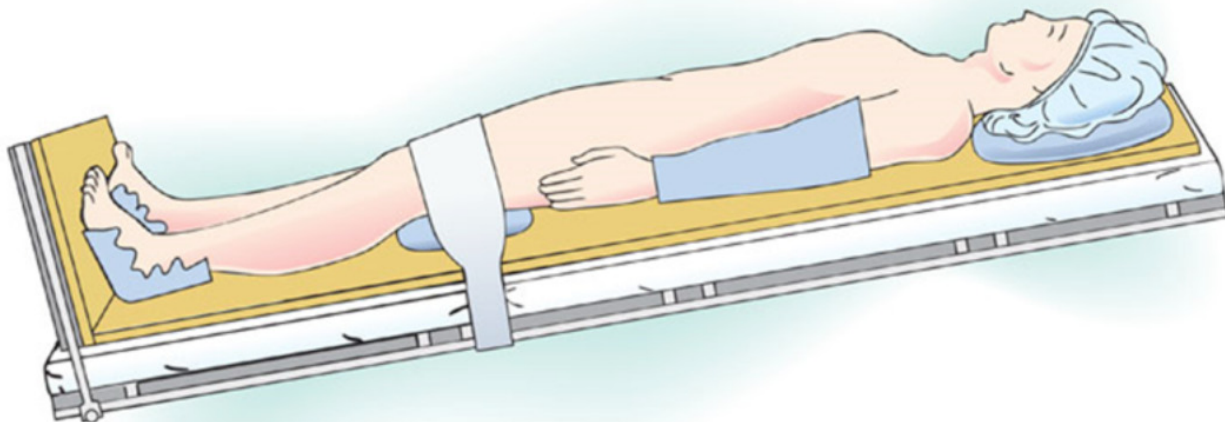
CHIRURGO, ANESTESISTA, INFERMIERE

- Se possibile, **ripristinare la posizione supina o anti-Trendelenburg a intervalli stabiliti**
- I riposizionamenti e i relativi intervalli dovrebbero essere
 - basati sulle individualità dell'assistito e della specifica situazione
 - definiti dall'équipe prima dell'inizio dell'intervento (*time out*)

ANESTESISTA

- Dopo avere correttamente posizionato l'assistito, verificare che i device per la gestione delle vie aeree siano ben allocati

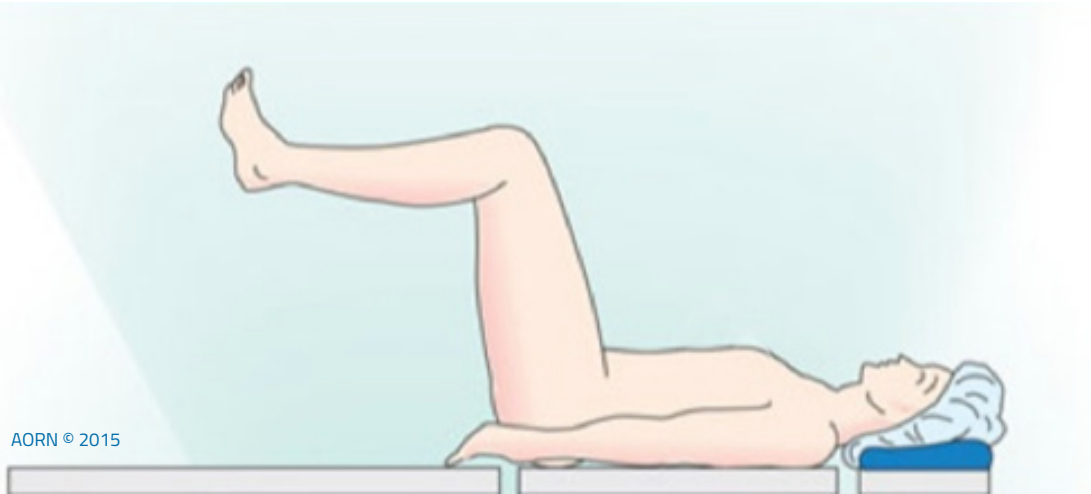
Posizione anti-Trendelenburg



AORN © 2015

- Utilizzare un posizionatore reggipiedi specifico idoneo imbottito
- Valutare e monitorare i piedi durante la procedura, intervenendo precocemente se indicato

Posizione litotomica

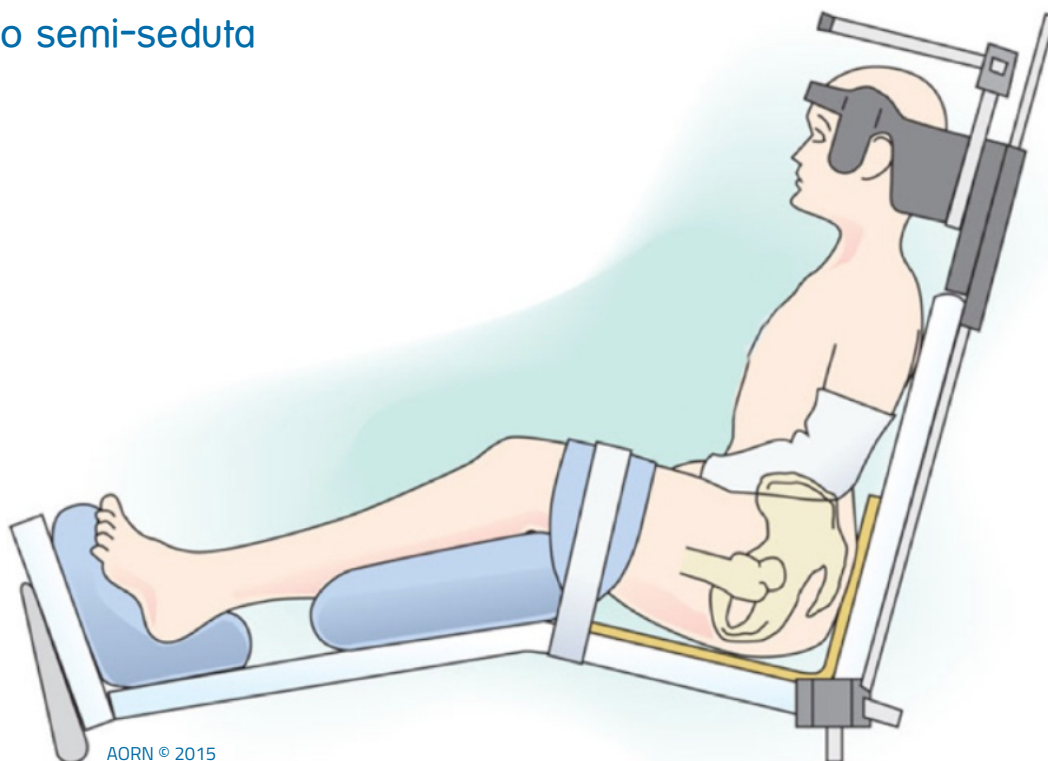


- **Ridurre al minimo i gradi di inclinazione**
- **Mantenere la posizione per il minor tempo possibile**
- Non posizionare le cinghie di sicurezza in corrispondenza del torace e dell'addome
- Posizionare l'assistito prevenendo l'eccessiva flessione, rotazione o abduzione delle anche
- I glutei non devono sporgere oltre il materasso e il sacro deve essere posizionato in modo sicuro sulla superficie del materasso stesso
- I reggigambe devono essere posizionati allo stesso livello
- Le gambe devono essere sostenute dai presidi sfruttando la maggiore superficie di contatto del posizionatore possibile
- Mantenere i talloni nella posizione più bassa possibile
- Evitare che le gambe appoggino sulle parti metalliche dei supporti reggigambe
- Posizionare entrambe le gambe sui supporti lentamente e contemporaneamente; sono necessari due operatori, uno per ciascuna gamba
- Spostare le gambe dai reggigambe in due tempi:
 - almeno in due operatori (un operatore per gamba), rimuovere le gambe lentamente e contemporaneamente dai reggigambe, mantenendole sollevate
 - abbassare contemporaneamente le gambe sul letto

CHIRURGO, ANESTESISTA, INFERMIERE

- Se possibile, **non utilizzare la posizione emilitotomica** (solo una gamba sollevata)
- Se possibile, **ripristinare la posizione supina o anti-Trendelenburg a intervalli stabiliti**
- I riposizionamenti e i relativi intervalli dovrebbero essere
 - basati sulle individualità dell'assistito e della specifica situazione
 - definiti dall'équipe prima dell'inizio dell'intervento (*time out*)

Posizione seduta o semi-seduta



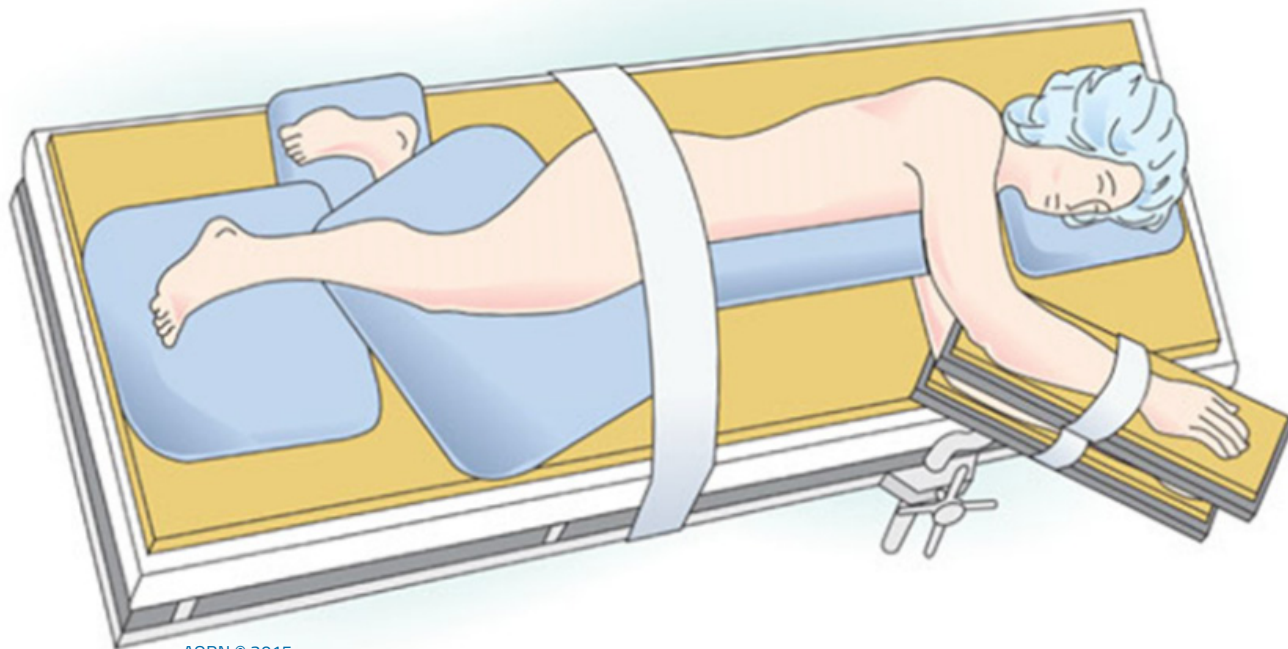
AORN © 2015

- Ridurre al minimo i gradi di elevazione del capo
- Mantenere il capo in posizione neutra evitando eccessive flessioni, estensioni o rotazioni
 - l'équipe deve valutare e monitorare la posizione del capo dopo il posizionamento e durante tutta la procedura, correggendo tempestivamente eventuali alterazioni
 - non utilizzare posizionatori a ferro di cavallo
- Posizionare le braccia del paziente flesse e assicurarle eventualmente al reggibraccio
 - il braccio sede di intervento può essere sostenuto da presidi specifici o da un componente dell'équipe
 - ridurre al minimo l'estensione e l'extra-rotazione del braccio sede di intervento
- Imbottire la zona sacrale
- Flettere le ginocchia di circa 30°
- Dopo il posizionamento seduto o semi-seduto occorre
 - se possibile, evitare che l'addome si appoggi alle cosce
 - verificare il corretto posizionamento delle cinghie di sicurezza a livello delle cosce

CHIRURGO, ANESTESISTA, INFERMIERE

- L'équipe deve essere pronta a riconoscere tempestivamente e trattare eventuali embolie gassose venose

Posizione laterale



AORN © 2015

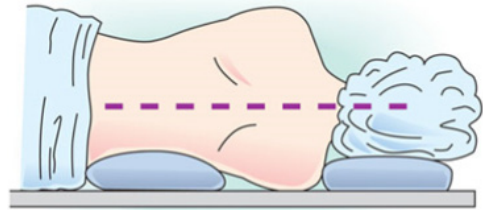
- L'assistito deve rimanere nella posizione laterale per il minor tempo possibile
- Posizionare un cuscino o un presidio in gel a sostegno del capo
 - monitorare l'orecchio e/o l'occhio a contatto con il supporto dopo il posizionamento e durante la procedura, intervenendo precocemente se necessario

Braccia

- Devono essere sorrette e assicurate a supporti tra loro paralleli e su due livelli differenti con un'abduzione inferiore a 90°
 - posizionare il braccio inferiore a livello del materasso con avambraccio e polso in posizione neutra e palmo rivolto verso l'alto
 - posizionare il braccio superiore a livello della spalla superiore, con avambraccio e polso in posizione neutra e palmo rivolto verso il basso
 - in caso il braccio superiore sia sede di intervento, può essere sostenuto da presidi specifici o da un componente dell'équipe

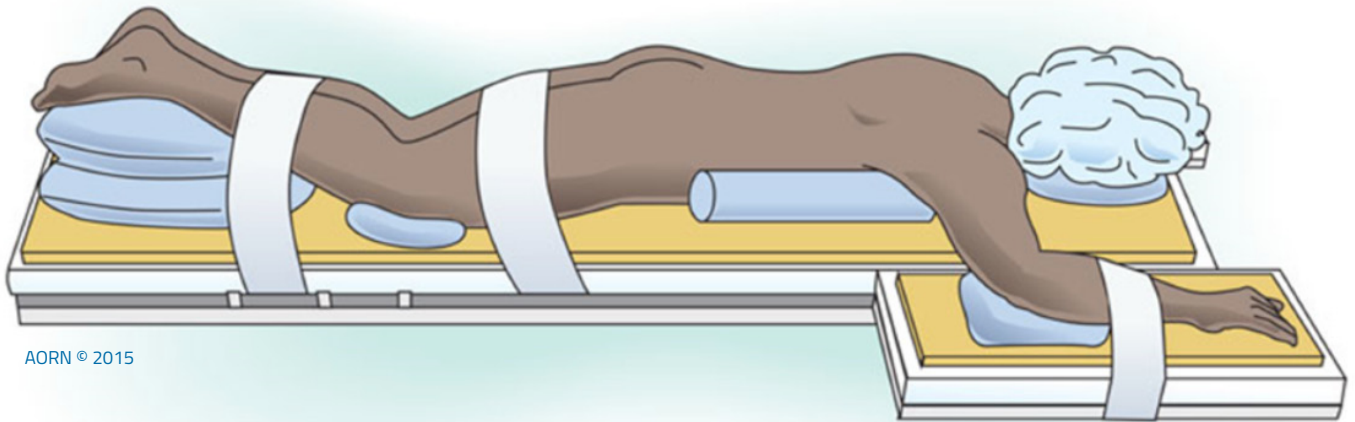
Corpo

- Mantenere l'allineamento fisiologico del rachide: se necessario, utilizzare posizionatori/cuscini specifici idonei per l'allineamento del rachide lombare
- Verificare che il seno, i genitali e/o l'addome non siano compressi o non siano sospesi rispetto al tavolo operatorio
- Posizionare una cinghia di sicurezza all'altezza dell'anca
- Flettere la gamba inferiore a livello dell'anca e del ginocchio, posizionando imbottiture in corrispondenza del ginocchio, della caviglia e del piede
- Mantenere allungata la gamba superiore posizionando, a supporto, un cuscino tra le gambe



AORN © 2015

Posizione prona



AORN © 2015

- Posizionare il paziente prono con un'inclinazione di circa 5-10° in anti-Trendelenburg, se possibile
 - se possibile, non utilizzare posizionatori di Wilson
 - mantenere la posizione prona per il più breve tempo possibile
- Posizionare il capo in posizione neutra, evitando eccessive flessioni, estensioni o rotazioni
 - quando il capo è posizionato al centro, utilizzare specifici presidi di supporto facciale
 - valutare e monitorare il viso dopo il posizionamento e per tutta la durata dell'intervento, intervenendo precocemente se indicato
 - se possibile, non utilizzare presidi a ferro di cavallo
- Proteggere gli occhi con presidi specifici idonei per prevenire lesioni da pressione diretta sul bulbo oculare
- L'assistito può essere posizionato con due supporti per il torace che si estendono dalle clavicole alle creste iliache
 - i supporti per il torace devono consentire la completa espansione toracica e addominale
- Il seno, l'addome e i genitali devono essere posizionati evitando torsioni o pressioni
- Imbottire in corrispondenza delle ginocchia
- Le dita dei piedi devono essere sollevate dal materasso, posizionando delle imbottiture/cuscini/posizionatori sotto le gambe

Braccia

- Posizionare le braccia
 - adese al corpo e assicurate con teli o con appositi presidi
 - portate in avanti, parallele al corpo e assicurate a reggibraccia (*vedi immagine a lato*)
- Quando adese al corpo, le braccia devono essere in posizione neutra, palmi rivolti verso il corpo senza iperestendere i gomiti; i teli devono essere posizionati sotto il corpo ed estesi dal gomito alle dita, facendo attenzione a non creare troppa pressione
- Quando le braccia sono portate in avanti e sono sostenute da presidi reggibraccia:
 - i reggibraccia devono essere imbottiti
 - i reggibraccia devono essere più bassi del torace
 - le braccia devono essere abdotte a non più di 90° con il gomito flesso
 - le braccia non devono essere posizionate sopra il capo
 - le braccia possono essere pronate con i palmi verso il basso
 - le braccia e i polsi possono essere mantenuti in posizione neutra
 - gli avambracci devono essere assicurati ai reggibraccia specifici idonei

CHIRURGO, ANESTESISTA, INFERMIERE

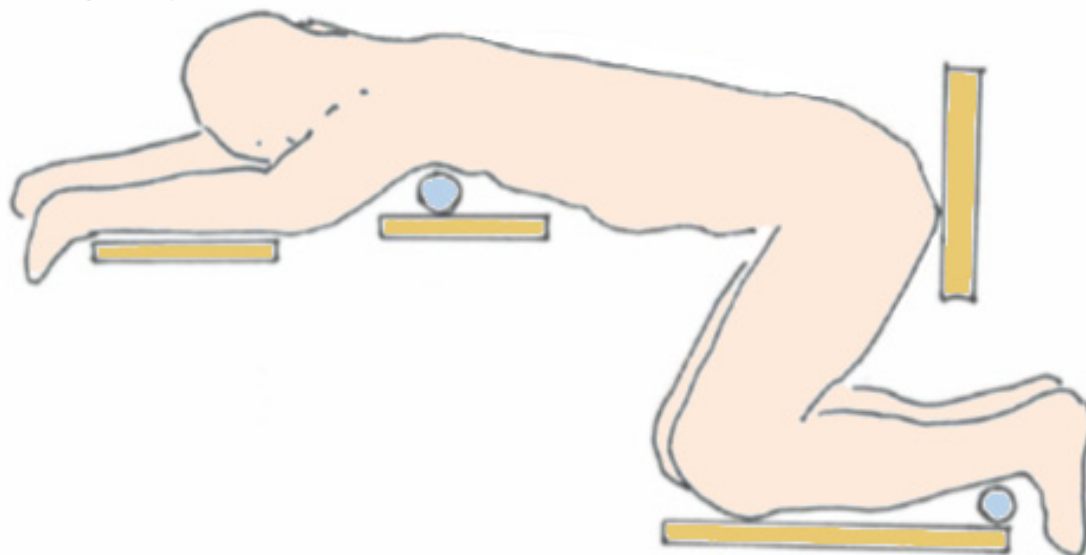
- **Garantiscono la presenza di una barella a disposizione** nel caso in cui si dovesse rendere necessaria una rapida prono-supinazione



ANESTESISTA

- Monitora i presidi di gestione delle vie aeree durante il posizionamento, durante tutta la durata dell'intervento e dopo avere riposizionato l'assistito in posizione supina, intervenendo tempestivamente se necessario

Posizione genupettorale



- Posizionare il paziente in posizione prona con le ginocchia flesse poggiate su un supporto, flesso in avanti; le braccia sono sostenute bilateralmente dai reggibraccia
- Utilizzare un supporto posteriore per mantenere la posizione
- Nel posizionare il capo evitare eccessive rotazioni
- Proteggere gli occhi con presidi specifici idonei per prevenire lesioni da pressione diretta sul bulbo oculare
- Posizionare apposito sostegno semirigido a forma rettangolare in corrispondenza del torace per evitare la riduzione dell'escursione diaframmatica
- Posizionare il seno, l'addome e i genitali evitando torsioni o pressioni
- Mantenere la posizione genupettorale per il più breve tempo possibile

Braccia

- Posizionare le braccia parallele al corpo e assicurate ai reggibraccia
- Quando le braccia sono sostenute da presidi reggibraccia:
 - i reggibraccia devono essere imbottiti
 - i reggibraccia devono essere più bassi del torace
 - le braccia devono essere abdotte a non più di 90° con il gomito flesso
 - le braccia non devono essere posizionate sopra il capo
 - le braccia possono essere pronate con i palmi verso il basso
 - le braccia e i polsi possono essere mantenuti in posizione neutra
 - le braccia devono essere assicurate ai reggibraccia

CHIRURGO, ANESTESISTA, INFERMIERE

- **Garantiscono la presenza di una barella a disposizione** nel caso in cui si dovesse rendere necessaria una rapida prono-supinazione
- La posizione genupetturale riduce il ritorno venoso, per cui
 - controllano i parametri vitali, in particolare nei pazienti in terapia con vasodilatatori
 - limitano il grado di inclinazione e, se possibile, ripristinano la posizione orizzontale a intervalli stabiliti
- I riposizionamenti e i relativi intervalli dovrebbero essere
 - basati sulle individualità dell'assistito e della specifica situazione
 - definiti dall'équipe prima dell'inizio dell'intervento (*time out*)



ANESTESISTA e INFERMIERE

- Monitorano i presidi di gestione delle vie aeree durante il posizionamento, durante tutta la durata dell'intervento e dopo avere riposizionato l'assistito in posizione supina, intervenendo tempestivamente se necessario
- Al fine di evitare l'ingnocchiamento e/o il dislocamento del tubo endotracheale, verificano l'assenza di aree di compressione e il corretto fissaggio del device
- Al fine di evitarne il dislocamento e/o l'ingnocchiamento, controllano che il catetere vescicale e le linee infusionali siano libere e che non vi siano aree di compressione
- Valutano e monitorano il viso dopo il posizionamento e per tutta la durata dell'intervento, prestando precocemente assistenza se indicato.

Riferimenti bibliografici *

American Society of Anesthesiologists (2018). Practice Advisory for the Prevention of Perioperative Peripheral Neuropathies 2018: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Prevention of Perioperative Peripheral Neuropathies. *Anesthesiology*, 128 (1): 11-26.

<https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001937>

AORN (2017). Guideline Summary: Positioning the Patient. (2017). *AORN Journal*, 106 (3): 238-247.

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>

Chang SH, Miller NR (2005). The incidence of vision loss due to perioperative ischemic optic neuropathy associated with spine surgery: the Johns Hopkins Hospital Experience. *Spine*, 30 (11): 1299-1302.

Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza ospedaliera (2018). Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale

<https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-363-del-15-11-2018-parte-seconda.2018-11-14.5040629888/approvazione-dei-documenti-di-indirizzo-tecnico-alle-strutture-sanitarie-della-regione-emilia-romagna-in-materia-di-lesioni-da-pressione/allegato-1>

Shriver MF, Zeer V, Alentado VJ, Mroz TE, Benzel EC, Steinmetz MP (2015). Lumbar spine surgery positioning complications: a systematic review. *Neurosurgical focus*, 39 (4): E16.

Immagini

van Wicklin SA. The Basics of Positioning Patients in Surgery - Prevention of Perioperative Pressure Ulcers Tool Kit. Materiale didattico predisposto sulla base di AORN (2015). Guideline for positioning the patient. In: *Guidelines for Perioperative Practice*. Denver, CO: AORN.

<https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/tool-kits/pressure-ulcer/basics-of-positioning-patients.pptx>

Tutte le immagini tratte da AORN © 2015 sono riprodotte con il permesso di AORN © 2015. All rights reserved.

* tutti i link sono stati verificati a ottobre 2019

Allegato

7° indirizzo - La prevenzione delle lesioni da pressione in sala operatoria

tratto da Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza ospedaliera (2018). Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale

Legenda

EB evidence based P panel di esperti

COSA?

- EB Considerare un rischio addizionale, ai fattori di rischio specifici dei pazienti, in un intervento chirurgico includendo:¹
- a) durata del tempo di immobilizzazione prima e durante l'intervento chirurgico
 - b) aumento degli episodi ipotensivi durante l'intervento
 - c) bassa temperatura corporea (ipotermia) durante l'intervento chirurgico
 - d) ridotta mobilità del paziente il giorno dopo l'intervento chirurgico
 - e) perdite ematiche
 - f) dispositivi medici

COME?

- EB Il letto operatorio e l'uso di eventuali supporti deve essere adatto al peso e alla taglia del paziente e alla capacità di articolarsi, tale da garantire movimenti sicuri per il paziente.²
- EB Il posizionamento del paziente deve essere definito e coordinato dai membri del team chirurgico.²
- EB Il paziente deve essere posizionato su una superficie liscia. Non posizionare il paziente su strati di lenzuola, coperte o altri materiali.²
- EB Posizionare il paziente su una superficie di supporto che favorisca la redistribuzione della pressione a livello delle prominenze ossee e dei punti di pressione durante l'intervento chirurgico (asciugamani, lenzuola e coperte non devono essere impiegati come device per il posizionamento, cuscini e sistemi sottovuoto per il mantenimento della posizione possono essere utilizzati).²
- EB Si consiglia l'utilizzo di una superficie di supporto in schiuma poliuretanica viscoelastica ad alta densità.^{3,4}

- EB Medicazioni a scopo profilattico possono essere applicate sulle prominenze ossee (ad es. sacro, talloni) o altre aree sottoposte a pressione, frizione e forze di taglio.²
- EB Il collo non dovrebbe essere iperesteso per un periodo prolungato.²
- EB Testa e collo del paziente devono essere mantenuti in posizione neutra, senza eccessive rotazioni laterali.²
- EB Nel posizionare la testa bisogna attuare tutte quelle azioni mirate a ridurre la pressione sulla cute durante la procedura, se possibile.²
- EB Gli occhi vanno lubrificati e chiusi durante interventi in anestesia generale.²
- EB L'anestesista controlla il corretto posizionamento dei device per il supporto delle vie aeree dopo avere posizionato il paziente e interviene con azioni correttive, se necessario.²
- EB Verificare che il corpo del paziente abbia un allineamento fisiologico quando è posizionato.²
- EB Evitare il contatto del corpo con le superfici metalliche del letto.²
- EB Prevenire che le estremità del corpo del paziente cadano o pendano in basso rispetto al tavolo operatorio.²
- EB La posizione delle mani, dei piedi, delle dita e dei genitali del paziente dovrebbe essere controllata durante le attività di posizionamento, anche nel caso di eventuali cambiamenti di configurazione del tavolo operatorio.²
- EB Il monitoraggio del paziente (ad es. manicotto per la pressione arteriosa incruenta, pulsiossimetro) deve essere effettuato in modo da garantire la sicurezza e permettere che i device utilizzati funzionino correttamente senza causare compressioni a carico di nervi, tessuti o vasi.²
- EB Posizionare il paziente in modo da ridurre il rischio di sviluppare una lesione da pressione durante l'intervento chirurgico (compatibilmente con la posizione obbligata dell'intervento chirurgico).²
- EB Laddove possibile, sollevare i talloni dalla superficie del tavolo operatorio, utilizzare i dispositivi di sospensione del tallone che elevano e scaricano completamente il tallone in modo tale da distribuire il peso della gamba lungo il polpaccio senza esercitare pressione sul tendine tricipitale. Il tallone deve essere sollevato il meno possibile in modo da non aumentare la pressione sul sacro.^{2,5}
- EB Posizionare le ginocchia in leggera flessione quando si scaricano i talloni.²
- EB Registrare nella documentazione sanitaria la posizione della persona e le aree anatomiche sotto maggiore pressione dell'interfaccia durante l'intervento.⁶
- P Monitorare la temperatura corporea, la pressione arteriosa, le parti anatomiche sottoposte a maggiore pressione.
- P Governo della temperatura: mantenere la normotermia con adeguati presidi.

QUANDO?

- EB Il posizionamento intraoperatorio deve essere concordato con il chirurgo e l'anestesista prima dell'intervento per conciliare esigenze di esposizione del sito chirurgico, corretta ventilazione e perfusione e necessità di prevenire LDP o altri danni da posizionamento.²
- EB L'infermiere nel peri-operatorio deve definire un programma di prevenzione pre-operatorio del danno da pressione tramite un'attenta valutazione pre-operatoria dei fattori correlati alla procedura chirurgica che includono: il tipo di procedura, la durata della procedura, la capacità del paziente a tollerare le posture previste, la possibilità di accedere al paziente per l'anestesista, la posizione desiderata, eventuali cambiamenti di posizione e i relativi device utilizzati. Inoltre occorre valutare se il paziente è portatore di device (ad es. catetere, drenaggi), monili o piercing, accessori per capelli, impianti superficiali o impianti profondi e delicati (ad es. pacemaker, port-a-cath), protesi.²
- EB La corretta posizione del paziente e la relativa attrezzatura utilizzata devono essere verificate durante il time out.²
- EB Dal momento in cui il paziente è sul tavolo operatorio deve essere assistito per tutta la durata da almeno un membro del team chirurgico.²
- EB Il paziente va posizionato su materassi antidecubito prima e dopo l'intervento chirurgico, ove possibile.²
- EB Il monitoraggio neurofisiologico deve essere utilizzato nell'intraoperatorio per indentificare possibili danni da posizionamento.²
- EB La posizione del paziente va controllata dal team dopo il posizionamento e durante l'intervento in modo da poter implementare azioni correttive in caso di necessità.²
- EB Far assumere alla persona nel pre e post-operatorio una postura diversa da quella mantenuta durante l'intervento chirurgico (compatibilmente con le condizioni chirurgiche del paziente).²

CON CHE COSA?

- Materassi in gel o in schiuma poliuretanicca viscoelastica ad alta densità.^{2,3,4}
- Presidi per il posizionamento delle parti corporee.¹

Riferimenti bibliografici del 7° indirizzo

- ¹ National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPIA) (2014) Prevenzione e Trattamento delle Ulcere da Pressione: Guida Rapida di Riferimento. Cambridge Media
- ² AORN (2017). Guideline for positioning the patient. In: Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: Inc;
- ³ Hoshowsky VM, Schramm CA (1994). Intraoperative pressure sore prevention: an analysis of bedding materials. Res Nurs Health. 17: 333-339
- ⁴ Cullum NA, McInnes E, Bell-Syer SEM, Legood R (2008). Support surfaces for pressure ulcer prevention (Review), The Cochrane Collaboration.
- ⁵ Al-Majid S, Vuncanon B, Carlson N, Rakovski C (2017). The Effect of Offloading Heels on Sacral Pressure. AORN journal, 106 (3): 194-200.
- ⁶ Burlingame BL (2017). Guideline Implementation: Positioning the Patient. AORN Journal, 106: 227-237.

