

La Sala Risveglio

di Nicola.Torina, infermiere del Complesso Operatorio, Ospedale Buccheri La Ferla, FBF – Palermo.

Con il termine “reparto operatorio” si definisce l’unita’ operativa nella quale la persona è sottoposta ad intervento chirurgico con metodiche invasive e con modalità programmate e/o d’urgenza.

Il complesso operatorio è una struttura articolata in zone progressivamente meno contaminate dall’ingresso fino alle sale chirurgiche. Devono essere garantiti percorsi interni differenziati per sporco e pulito, mediante interventi organizzativi e /o strutturali.

Nell’ambito della struttura ospedaliera devono essere previsti i seguenti ambienti principali :

1. Zona di preparazione;
2. Sale operatorie;
3. Area di risveglio;
4. Zona filtro;
5. Zona sterilizzazione;
6. Zona spogliatoi per il personale.

La zona di preparazione è costituita da due aree distinte: la prima per l’attesa e per l’eventuale premedicazione e l’incannulazione dei vasi ; la seconda per l’effettuazione di blocchi anestetici periferici e centrali. Tale area è distinta strutturalmente, per legge, da quella di risveglio,sebbene nella prassi spesso siano accorpate in un unico ambiente .

La sala operatoria costituisce l'ambiente confinato dove viene eseguito l'intervento chirurgico e rappresenta l'area centrale su cui si innesta l'intera struttura del reparto operatorio.

La zona risveglio fa parte di quelle aree destinate allo svolgimento delle attività del complesso operatorio. Deve essere realizzata in un locale adibito a tale scopo esclusivo e deve prevedere:

- Illuminazione generale indiretta;
- Spazio adeguato ad un posto letto per ogni sala operatoria;
- Spazio per lettini (due lati liberi);
- Spazio per lavandino;
- Spazio per illuminazione locale;
- Spazio per apparecchio di erogazione gas-medicali;
- Spazio per apparecchio monitor funzioni vitali;
- Spazio per armadietti per medicazioni, farmaci ecc.

Inoltre, ai sensi del Decreto legislativo del 30/12/1992 n. 502 , tale area deve poter disporre per ogni letto di un numero adeguato di prese elettriche , prese di ossigeno, aria compressa ed aspirazione. E' necessario un minimo di sei ricambi d'aria per ora, con filtrazione ad alta efficienza. Devono inoltre essere disponibili nell'area tutte le apparecchiature (sistemi per ossigeno terapia, cardiomonitor con defibrillatore , sistemi di ventilazione automatici e manuali) e tutti i farmaci e materiali necessari per l'emergenza (laringoscopio, tubi endotracheali, cannule, sondini per aspirazione, SNG). I sistemi di monitoraggio che devono essere disponibili, all'occorrenza, in quest'area sono: monitor ECG , misuratori di pressione arteriosa, saturimetro a polso, capnometro, stimolatore neuromuscolare, misuratori di temperatura ed eventuali sistemi di riscaldamento. Il numero di queste apparecchiature va rapportato al numero

di pazienti e al tipo di patologia chirurgica trattati e non va comunque inteso per posto letto.

La sala di risveglio è la struttura nella quale si espletano funzioni post-operatorie e, nella specie, avviene il monitoraggio delle funzionalità vitali dell'operato. Nella fase iniziale di risveglio dall'anestesia è responsabile il medico anestesista, mentre l'assistenza e la sorveglianza devono essere assicurate da infermieri professionali qualificati sotto la direzione di un medico anestesista.

Fase pre e post operatoria

La fase pre-operatoria si svolge nella zona di preparazione, sotto il controllo del medico anestesista e degli infermieri d'anestesia. Quando arriva il paziente in sala si verifica la presenza in cartella degli esami diagnostici effettuati in occasione del ricovero (esami ematochimici, ECG, consulenze particolari, ecc.).

In questa fase l'infermiere ha il compito di monitorare il paziente (ECG, pressione arteriosa in culla, saturimetro da polso), incannulare accessi venosi e, sotto prescrizione medica, effettua la premedicazione, ovvero somministra farmaci sedativi per rilassare l'operando e rendere meno traumatico il suo ingresso in sala operatoria. E' molto importante l'aspetto psicologico ed il supporto degli infermieri ai pazienti, i quali frequentemente arrivano in sala operatoria con timore, paura, sia per l'intervento che devono subire, che per la preoccupazione che provocano ai propri cari. Non e' infrequente il caso di persone che in sala risveglio, dopo aver chiesto "come e' andato l'intervento?" si informano se i familiari sono fuori e di avvertirli per rassicurarli. E' compito dell'infermiere cercare di capire la condizione psicologica del paziente che arriva in sala operatoria e comportarsi in modo tale da essere sia un suo "alleato", che un educatore, in quanto deve spiegare man mano cio' che gli verrà fatto; ad esempio nel momento del monitoraggio, dell'incannulamento della vena l'operatore sanitario deve esporre gli effetti dei farmaci somministrati. Il momento dell'arrivo in

sala del paziente e' prezioso per l'infermiere per capire come rapportarsi al paziente e come poterlo rassicurare. I farmaci che compongono la premedicazione che viene somministrata ai pazienti del complesso operatorio dell'ospedale "Buccheri La Farla" sono:

- MEPERIDINA O FENTANEST (OPPIOIDI);
- SINTODIAN (DROPERIDOLO);
- DIAZEPAM (BENZODIAZEPINE).

Il dosaggio di questi farmaci viene stabilito dal medico anestesista in base alle condizioni generali del paziente, all'età , al tipo di intervento che dovrà fare ecc.... Di solito a pazienti giovani ed in buone condizioni viene somministrata una premedicazione completa:

1. 1ML DI MEPERIDINA (50 mg) O 1ML DI FENTANEST;
2. 1 ML DI SINTODIAN (DROPERIDOLO);
3. 1 ML (5 MG) DI DIAZEPAM.

Negli anziani , nei soggetti debilitati e negli altri pazienti a rischio, la dose iniziale di fentanest, sintodian e diazepam dovrà essere opportunamente ridotta .Viene consigliata dalla letteratura scientifica l'associazione del fentanest con un neurolettico, in particolare, con il sintodian (o droperidolo) che ne migliora l'attività analgesica e ne riduce gli effetti collaterali (la depressione respiratoria ed il vomito). Dopo la somministrazione di questi farmaci il personale infermieristico deve fare molta attenzione alla risposta del paziente alla premedicazione, gli effetti collaterali di una certa importanza sono:

- ✚ depressione respiratoria,
- ✚ apnea,

 bradicardia.

Senza un intervento correttivo tempestivo questi fenomeni possono portare ad arresto respiratorio, depressione circolatoria, arresto cardiaco. Come effetti collaterali si possono avere anche: ipotensione, vertigini, visione confusa, nausea, vomito, laringospasmo e sudorazione. L' infermiere deve vigilare in questa sede sulle condizioni generali del paziente, il monitoraggio e' requisito essenziale ed indispensabile per una assistenza di qualità.

Nel corso di questa fase l'infermiere trascrive i dati acquisiti in una cartella anestesiologicala informatizzata, in modo da fornire un quadro generale sulle condizioni del paziente e sull'eventuale somministrazione di farmaci "correttivi". La fase post-operatoria si svolge nella sala risveglio sotto il controllo del medico anestesista e degli infermieri d'anestesia. Il personale infermieristico addetto alla sorveglianza post -operatoria deve essere in grado di riconoscere precocemente la destabilizzazione delle funzioni vitali e fornire assistenza opportuna in attesa dell'arrivo dell'anestesista.

La sorveglianza e l'assistenza da parte del personale infermieristico specializzato devono essere assicurate anche durante l'eventuale trasferimento dalla sala operatoria all'area di risveglio. Quando il paziente arriva in sala risveglio gli infermieri di sala operatoria "danno le consegne" cioè forniscono le informazioni acquisite che sono necessarie . Il paziente in questa fase deve essere sottoposto a sorveglianza dei parametri vitali :

1. Respiratori:

Ossigenazione;

Frequenza respiratoria;

Ampiezza e simmetria delle escursioni toraciche.

2. Cardio-circolatori:

Frequenza cardiaca;

Pressione arteriosa.

3. Neurologici:

Stato di coscienza;

Orientamento temporo-spaziale;

Riflessi di protezione delle vie aeree quali tosse e deglutizione.

4. Controllo della temperatura corporea.;

5. Controllo della diuresi.

6. Controllo di eventuali drenaggi.

7. Controllo emogasanalitico, ove necessario.

8. Sorveglianza di accessi vascolari ed eventuale cambio di medicazione.

Tutti i dati acquisiti vengono trascritti in apposita cartella informatizzata e quando il paziente recupera il riflessi di protezione delle vie aeree, orientamento temporo-spaziale ,e riacquisisce la stabilizzazione dei parametri vitali può cessare la sorveglianza e la dimissione dall'area di risveglio viene decisa dall'anestesista.

Allegato da ANESTIT.org

Raccomandazioni per l'organizzazione di un'area di risveglio attrezzata
Le seguenti raccomandazioni sono volte ad ottimizzare le cure postoperatorie in una area opportunamente attrezzata. Tuttavia è doveroso prendere atto che la situazione ospedaliera italiana è oggi, sotto questo aspetto, disomogenea sia in ordine al personale medico ed infermieristico, sia in ordine alle strutture edilizie e

tecnologiche previste dalle raccomandazioni stesse. Quanto di seguito consigliato non deve quindi essere considerato un obiettivo immediatamente realizzabile, bensì un traguardo da raggiungere.

Ove esiste la possibilità di creare un'area di risveglio attrezzata, questa va posta in contiguità del blocco operatorio per limitare la durata del trasporto del paziente e permettere l'intervento rapido di un anestesista e disporre delle opportune attrezzature.

Quest'area deve essere in grado di accogliere tutti i pazienti che necessitano di una sorveglianza post-anestesiologica. La dimensione dell'area, il numero dei posti letto, gli orari e il numero dei sanitari vanno adeguati all'attività delle sale operatorie che vi afferiscono.

Per il funzionamento delle apparecchiature necessarie, l'area di risveglio deve essere dotata di impianti idonei. Ogni posto letto deve poter disporre di un numero adeguato di prese elettriche, prese di O₂, aria compressa ed aspirazione. Inoltre devono essere disponibili nell'area tutte le apparecchiature e tutti i farmaci ritenuti necessari per l'emergenza.

La sorveglianza e l'assistenza in quest'area devono essere assicurate da infermieri professionali qualificati sotto la direzione di un medico anestesista. L'anestesista raccoglie le informazioni cliniche e le indicazioni al momento dell'ammissione del paziente, stabilisce il tipo di sorveglianza e/o di assistenza più opportuna e decide le dimissioni del paziente dall'area.

Elenco apparecchiature raccomandate per l'area di risveglio attrezzata

Raccomandati	Opzionali
monitor ECG	capnometro
defibrillatore	ventilatore meccanico
misuratori pressione arteriosa	pompe peristaltiche e a siringa
sistemi di O ₂ terapia	stimolatore neuromuscolare

(flussometri, umidificatori, maschere, ecc.)	
sistemi di ventilazione manuali	pace-maker
sistemi di aspirazione	termistori
laringoscopio	
tubi endotracheali e cannule	
saturimetro a polso	
termometri	

Il numero di queste apparecchiature va rapportato al tipo di patologia chirurgica trattata ed al numero di pazienti.

1) Zona di preparazione all'anestesia



a. L'area utilizzata per l'effettuazione di anestesie loco-regionali deve possedere i seguenti requisiti tecnologici: un numero di prese elettriche, prese di ossigeno, aria medica ed aspirazione adeguato all'attività dell'area. Inoltre deve disporre di carrello con materiale e farmaci per l'emergenza. Disponibilità all'occorrenza di cardiomonitor con defibrillatore e apparecchi di monitoraggio (monitor ECG, misuratori di pressione arteriosa, saturimetro a polso).

b. Il numero di ricambi aria consigliato in quest'area è di 6 v/h

con filtrazione ad alta efficienza.

c. In assenza di quest'area, le anestesie loco-regionali devono essere effettuate direttamente in sala operatoria.

c. Impianto dei gas medicali: vanno previste per ogni letto operatorio almeno 2 prese per ossigeno, 2 per aria medica, 2 per protossido d' azoto (N₂O) e 2 di vuoto.

d. Apparecchiature e monitoraggio indispensabili per ogni letto operatorio:



-1 **apparecchio per anestesia** munito di:
flussometri di sicurezza ad alta precisione
evaporatori con sistema di caricamento degli anestetici
alogenati tipo pin-safety sistema di ventilazione manuale
ventilatore automatico provvisto di analizzatore della
concentrazione inspirata di ossigeno, sistema di allarme
acustico sulla pressione di insufflazione e spirometro con
sensore posto sulla linea espiratoria del ventilatore, dotato
di allarmi sistema di gas evacuazione, possibilmente attivo

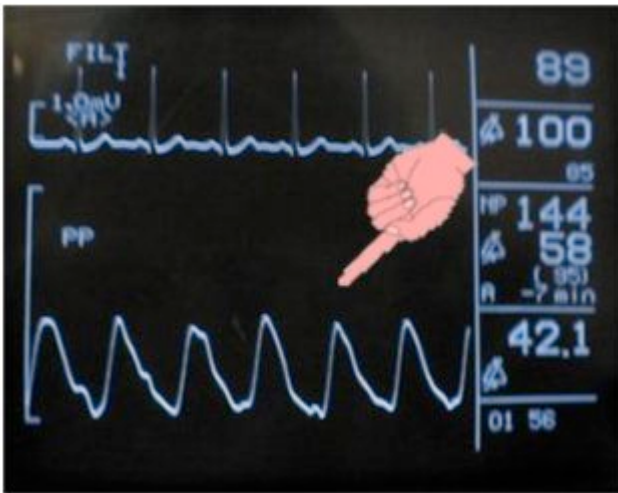
-1 bombola di ossigeno per l'emergenza

-1 monitor ECG con frequenzimetro

-1 misuratore di pressione arteriosa incruenta

-1 sistema per misurazione temperatura corporea

-1 saturimetro a polso




-1 carrello con materiale anestesilogico (laringoscopi, cannule, tubi endotracheali, pallone autoespansibile, materiale per vie aeree difficili) e farmaci.

Per le sale operatorie dove si effettuano solo interventi di chirurgia minore può essere sufficiente un apparecchio di anestesia senza ventilatore automatico.

Le procedure di verifica delle apparecchiature e dei dispositivi delle sale operatorie per il check anestesilogico possono essere visualizzate in un filmato realizzato da ANESTIT

f. Apparecchiature e monitoraggio che devono essere disponibili all'occorrenza:

-carrello attrezzato per trasporto con defibrillatore, monitor ECG, saturimetro a polso e ventilatore da trasporto
- misuratori di pressione arteriosa cruenta
- capnometro

<p>- stimolatore neuromuscolare</p>	
<p>- amplificatore di brillantezza e/o apparecchio radiologico - sistemi di riscaldamento e raffreddamento</p>	

I sistemi di monitoraggio durante anestesia sono descritti nel documento - Raccomandazioni per gli Standard di Monitoraggio in Anestesia (allegato n 3). Vanno tenuti presenti, nella ristrutturazione o costruzione di future sale operatorie, i requisiti contenuti nelle normative in fase di elaborazione da parte del Comitato Europeo di Standardizzazione (CEN) per quanto riguarda le prese per i gas medicali, l' apparecchio di anestesia e le strumentazioni di monitoraggio.

3) Area di risveglio

- a. L' area di risveglio deve poter disporre per ogni letto di un numero adeguato di prese elettriche, prese di ossigeno, aria compressa ed aspirazione.
- b. E' necessario un minimo di 6 ricambi d'aria per ora con filtrazione ad alta efficienza.
- c. Devono inoltre essere disponibili nell'area tutte le apparecchiature (sistemi per ossigeno terapia, cardiomonitor con defibrillatore, sistemi di ventilazione automatici e manuali) e tutti i farmaci e materiali necessari per l'emergenza.

d. I sistemi di monitoraggio che devono essere disponibili all'occorrenza in questa area sono: monitor ECG, misuratori di pressione arteriosa, saturimetro a polso, capnometro, stimolatore neuromuscolare, misuratori di temperatura ed eventuali sistemi di riscaldamento. Il numero di queste apparecchiature va rapportato al numero di pazienti e al tipo di patologia chirurgica trattati e non va comunque inteso per posto letto.

4. Caratteristiche organizzative

Valutazione pre-operatoria

La visita pre-operatoria deve essere eseguita da un medico anestesista e ha lo scopo di valutare le condizioni del paziente, indicare gli esami opportuni e porre le indicazioni sulla preparazione all'intervento. Questa preparazione terrà conto della procedura chirurgia preventivata, delle indicazioni fornite dal chirurgo e delle richieste formulate dal paziente (Raccomandazioni per la Valutazione Anestesiologica Pre-operatoria, allegato n 4).

Sala operatoria

a. Attività di elezione

L' anestesia deve essere condotta da un medico qualificato per questa prestazione. Gli specializzandi in anestesia e rianimazione possono espletare attività clinica di progressivo impegno in base alle disposizioni di legge.

L' attività di un medico anestesista prevede la visita pre-operatoria, il controllo delle apparecchiature, dei materiali e dei farmaci d' uso prima dell' inizio della seduta operatoria, la conduzione del trattamento anestesiologico (anestesia generale, loco-regionale o sedazioni profonde), il controllo del paziente durante l' immediata fase di risveglio e la consulenza per i post-operati.

In generale una attività operatoria di 6 ore prevede un impegno dell' anestesista che si estende sulle 8 ore. Il fabbisogno lavorativo, calcolato su 5 giorni alla settimana, è di circa 2000 ore annue.

E' inoltre necessaria la presenza di un "Aiuto coordinatore" ogni 6 sale operatorie, con il compito di intervenire in caso di difficoltà, coprire assenze impreviste o temporanee e coordinare l' attività degli infermieri nella sala di risveglio. Per ogni ora di sala operatoria sono necessarie quindi 1.33 ore di attività anestesiologicala. Rimane intesa la necessità di una équipe anestesiologicala più ampia per chirurgie o patologie di particolare impegno.

b. Attività di guardia

Se si ravvisa la necessità di disporre della presenza continua di uno o più medici anestesisti-rianimatori (Dipartimento di emergenza, sala parto ecc.) dovranno essere istituiti regolari turni di guardia nell' arco delle 24 ore. Per ogni servizio di guardia con 1 medico anestesista in turno sono necessarie 8760 ore annue. Lo strumento della pronta disponibilità è di complemento o alternativo alla attività di guardia secondo le esigenze della struttura.

Il numero effettivo di anestesisti dovrà essere integrato anche per tutte le attività diagnostiche e/o terapeutiche che richiedono sedazioni profonde o anestesie generali (endoscopie, RNM, TAC, angiografie, embolizzazioni cerebrali, litotripsie ecc.).

c. Personale infermieristico

Le molteplici esigenze della sala operatoria rendono indispensabile l' attività professionale costante di almeno un infermiere. E' bene che tale figura abbia esperienza di tipo anestesiologicalo. Il 50% di tale attività professionale è assorbito dalla esecuzione della anestesia.

L' équipe di sala operatoria deve prevedere inoltre un infermiere strumentista ed altre figure di supporto rappresentate dai barellieri, tecnici di radiologia e personale in grado di creare collegamenti con i servizi di supporto.

Sorveglianza post-operatoria

Il medico anestesista è responsabile anche della fase iniziale di risveglio dall'anestesia. La sorveglianza e l'assistenza in quest'area devono essere assicurate da infermieri professionali qualificati sotto la direzione di un medico anestesista.

Protocolli e Procedure di Sala Risveglio

Dott. Nicola Torina, infermiere del Complesso Operatorio, Ospedale Buccheri La Ferla, FBF – Palermo.

Protocolli

Procedure

FASE PRE-OPERATORIA

ACCOGLIENZA

PASSAGGIO IN BARELLA

CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

EVENTUALE PREMEDICAZIONE DEL PAZIENTE

PRIMA DEL PASSAGGIO DAL LETTO ALLA BARELLA (PER I PAZIENTI FRATTURATI)

TRICOTOMIA

CONTROLLO DELLA TRICOTOMIA (VERIFICARE SE ESEGUITA CORRETTAMENTE)

PASSAGGIO IN BARELLA

L'INFERMIERE DI S.R. SI OCCUPA DEL PASSAGGIO IN BARELLA DEL PAZIENTE CON MANOVRE APPOSITE IN BASE ALLE PROBLEMATICHE CHE SI PRESENTANO

MONITORAGGIO

- ATTIVITA' CARDIACA
- PRESSIONE ARTERIOSA

L' INFERMIERE APPLICA DELLE PLACCHETTE AL PZ PER MONITORARE L' ECG; POSIZIONA L'APPARECCHIO DI PRESSIONE ED IL SATURIMETRO; INCANNULA VENA PERIFERICA E PREMEDICA I PAZIENTI.

• OSSIGENAZIONE

L' INFERMIERE SPIEGA AL PZ CIO' CHE SUPPORTO PSICOLOGICO VERRA' FATTO IN S.R., CERCANDO DI INSTAUTARE UN RAPPORTO DI FIDUCIA

ASSICURAZIONE DI COMFORT DEL PAZIENTE IN S.R.

L'INFERMIERE SI ACCERTA CHE IL PAZIENTE ABBAIA TUTTO CIO' CHE SIA CONSENTITO AVERE PER RENDERE MENO TRAUMATICA LA SUA PERMANENZA IN SALA OPERATORIA.

COMPILAZIONE DELLA SCHEDA INFERMIERISTICA

L' INFERMIERE COMPILA LA SCHEDA INFERMIERISTICA, RIEMPIENDOLA IN TUTTE LA SUE PARTI

TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA

L' INFERMIERE , INSIEME AL COLLEGA DI SALA OPERATORIA , ACCOMPAGNA IL PAZIENTE CON ACCORTEZZA

FASE POST-OPERATORIA

MONITORAGGIO:

1. ATTIVITA' CARDIACA

L'INFERMIERE MONITORIZZA IL PAZIENTE COLLEGANDO IL CAVETTO DELL' ECG, DELLA PRESSIONE ARTERIOSA INCRUENTA (IN BASE AI CASI, PRESSIONE ARTERIOSA CRUENTA), DEL SATURIMETRO;

2. PRESSIONE ARTERIOSA

3. OSSIGENAZIONE

4. LIVELLO DI COSCIENZA

CONTROLLA IL LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE FACENDO QUALCHE SEMPLICE

PAZIENTE	DOMADA. CHIEDE SE HA DOLORE,
5. DOLORE	SOMMINISTRANDO, IN TAL CASO, FARMACI
6. DIURESI	ANALGESICI;
7. DRENAGGI	CONTROLLA LA DIURESI, I DRENAGGI,
8. RESPIRAZIONE	L'ESCURSIONI TORACICHE DEL PAZIENTE, LA
9. ESCURSIONI	TEMPERATURA;
TORACICHE	IN BASE ALLE ESIGENZE POSIZIONA IL
10. INFUSIONE	RISCALDATORE CON L' APPOSITA COPERTA
11. TEMPERATURA	TERMICA;
	CONTROLLA LE INFUSIONI ED
	EVENTUALMENTE SOSTITUISCE LE
	MEDICAZIONI DELLE VENE , DELL'ARTERIA,
	DELLA FERITA CHIRURGICA;
	SE NECESSARIO POSIZIONA BORSA DI
	GHIACCIO;
	CAMBIA I SACCHETTI DI DRENAGGIO,
	DIURESI, S.N.G.

CRITERI DI DIMISSIONE:

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE , 30 MIN PER INTERV. INFERIORI A 1
ORA PER ANESTESIE LOCOREGIONALI

60 MIN PER I RESTANTI INTERVENTI

- STABILIZZAZIONE DEI

PARAMETRI

VITALI

L'INFERMIERE CONTROLLA SE I PARAMETRI
VITALI SI SONO STABILIZZATI , TRASCRIVE I
VALORI DELLA FREQUENZA CARDIACA, PAO
TUTTO CIO' CHE VIENE SOMMINISTRATO SI
TRASCRIVE IN UNA APPOSITA CARTELLA

Riferimenti Bibliografici

- L. A. Rigon, E. Tiene, ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN SALA OPERATORIA Linee guida e procedure, anno 2003, edizione: CEA - Casa Editrice Ambrosiana.
- A.I.C.O. - Associazione Italiana Infermieri di Camera Operatoria, L'infermiere di area chirurgica, novembre 2004, Editore: Masson.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n.502 - stesura Marzo 1994 (allegato n. 1).
- Protocolli e Procedure di Sala Risveglio della sala operatoria dell'ospedale Buccheri La Ferla F.B.F di Palermo.
- Claudio Spairani e Tiziana Lavallo, Procedure, Protocolli e Linee Guida di Assistenza infermieristica, 2003, edizione Masson.
- Requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per le sale operatorie, tratto da: SOCIETA' ITALIANA DI ANESTESIA, ANALGESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI), 12/12/1995.