

**GESTIONE INFERMIERISTICA
NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO
“PECTUS EXCAVATUM”**



FASE PRE-OPERATORIA: PREPARAZIONE DEL PAZIENTE



- Valutazione Clinica
- Digiuno e Preparazione Intestinale
- Igiene Cutanea

FASE POST-OPERATORIA



CON QUALI PRESIDI CI ASPETTEREMO DI TROVARE IL PAZIENTE?

❑ POMPA ANTALGICA EPIDURALE:

- posizionamento catetere epidurale per l'infusione continua di anestetici locali (es: *levobupivacaina*) ed oppioidi.



❑ DRENAGGIO TORACICO tipo JACKSON PRATT con SERBATOIO ad ASPIRAZIONE:

- bilaterale, necessario alla rimozione di fluidi in eccesso dai tessuti (es: sangue, siero, pus...).



FASE POST-OPERATORIA



CON QUALI PRESIDI CI ASPETTEREMO DI TROVARE IL PAZIENTE?

- ❑ **FOLEY VESCICALE:** dispositivo per monitoraggio:
 - diuresi e funzionalità renale;
 - stato emodinamico del paziente.



- ❑ **CATETERE VENOSO CENTRALE/PERIFERICO:** consente:
 - somministrazione a lungo termine di farmaci, nutrizione parenterale (NPT) ed emoderivati;
 - il monitoraggio della pressione venosa centrale (PVC);
 - prelievi di sangue frequenti e l'emodialisi.



FASE POST-OPERATORIA



MONITORAGGIO INFERMIERISTICO

| PARAMETRO | FREQUENZA | OBIETTIVO |
|--|------------------------|--|
| Parametri Vitali (PA, SpO ₂ , FC, FR, TC) | Continua/Intermittente | Mantenere parametri vitali nei range fisiologici |
| Dolore (NRS) | Ogni 2- 4 ore | Mantenere NRS (Numeric Rating Scale) < 3 |
| Sito Epidurale | Ad ogni turno | Escludere dislocazioni o infezioni; Controllo del blocco motorio/sensitivo (Bromage Score) |
| Drenaggio | Ogni ora (prime 6h) | Rilevare emorragie precoci e controllo dell'aspirazione |
| Presidi medici | Ogni ora (prime 6h) | Verificare la corretta funzionalità di ogni dispositivo medico-chirurgico |

FASE POST-OPERATORIA



COMPLICANZE POST-OPERATORIE

- ❑ **RISCHIO DI SANGUINAMENTO ed EMOTORACE:** il sanguinamento può originarsi dai vasi intercostali e dai tessuti retrosternali.
segnali di allarme: ↑ del drenato;
: ↑ FC, ↓ PA;
: pallore cutaneo.

- ❑ **PNEUMOTORACE (PNX):** accumulo di aria nel cavo pleurico che causa il collasso del polmone (atelettasia polmonare).
segnali di allarme: ↓ SpO₂ [dispnea improvvisa]; ↑ FC, ↓ PA;
: dolore toracico pleurico;
: cianosi e deviazione tracheale (nei casi più gravi)

FASE POST-OPERATORIA



COMPLICANZE POST-OPERATORIE

- ❑ **RISCHIO DI SPOSTAMENTO DELLA BARRA (Bar Displacement):** il monitoraggio infermieristico deve essere repentino nel riconoscere una possibile dislocazione della barra.
 - segnali di allarme**: dolore improvviso acuto;
 - : asimmetria toracica;
 - : rumori metallici.

- ❑ **RISCHIO INFETTIVO:** legato sia alla ferita chirurgica che alla presenza della protesi.
 - segnali di allarme** : ↑ TC°;
 - : sito chirurgico arrossato, eritema, edema, secrezioni anomale.

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE



- La mobilizzazione precoce è fondamentale per prevenire la trombosi venosa profonda (TVP) e facilitare l'espansione polmonare.

... nelle prime 24-48 h ...

Il paziente deve essere aiutato a passare dalla posizione **supina** a quella **seduta**.

Attenzione: è vietato l'uso delle braccia per sollevarsi (non fare leva sui gomiti) per evitare lo spostamento della barra.

Il principio cardine è trattare il tronco come ***un'unica unità rigida***, evitando movimenti di :

- torsione;
- flessione laterale;
- trazione asimmetrica del torace.



MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE



LA MOBILIZZAZIONE "IN BLOCCO" - LOG ROLL

- PASSAGGIO DA SUPINO A SEDUTO (e viceversa):

Il paziente non deve mai sollevarsi facendo forza sugli addominali o tirandosi su con le braccia (che farebbe leva sul pettorale, spingendo sulla barra).



1. Posizione di partenza

2. Supporto allineato

3. Rotazione in blocco

4. Seduta laterale

5. Seduta finale

**LA MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE DEVE AVVENIRE SEMPRE PREVIO
POSIZIONAMENTO FASCIA TORACICA/TORACERA.**

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE



REGOLA del "NO PUSH. NO PULL"

Durante i primi giorni e fino a 4-6 settimane dopo l'intervento, il paziente deve seguire queste restrizioni:

- 1) **Nessuna leva sui gomiti:** non deve alzarsi dal letto o dalla sedia puntando i gomiti all'indietro.
- 2) **Nessuna trazione:** non deve afferrare le sponde del letto o il triangolo per mobilizzarsi.
- 3) **Nessuna spinta:** evitare il sollevamento di pesi o spingere carichi pesanti.

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE



SETTING POSTURALE

1) **SETTING nel LETTO** (prime 24-48 ore): l'obiettivo è l'espansione polmonare e la protezione della barra.

- **Posizione Semi-Flower (30°-45°):** posizione d'elezione.
 - Aiuta a ridurre la pressione del diaframma sui polmoni;
 - Migliora la capacità vitale e facilita il drenaggio pleurico.
- **Allineamento Neutro:** bisogna evitare che il busto scivoli.
 - Utilizzare cuscini/telini ai lati del tronco per mantenere l'asse "testa-collo-colonna" ben allineato.
- **Evitare l'uso di cuscini sotto le spalle:**
 - favoriscono la chiusura del torace



No cuscino sotto le spalle

MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE



SETTING POSTURALE

2) SETTING nella POLTRONA (II° o III° giornata post-operatoria)

- Scelta della seduta
- Angolo di seduta
- Appoggio dei piedi



MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE



SETTING POSTURALE

3) **CORREZIONE** della “**POSTURA di DIFESA**”: il paziente tende istintivamente alla posizione antalgica: spalle anteposte (chiuse), testa chinata e cifosi dorsale (schiena curva).

- **Riallineamento/apertura cingolo scapolare:** invitare il paziente a mantenere schiena dritta e spalle rilassate.
- **Esercizi di “mirroring”:** far guardare il paziente allo specchio aiuta a correggere la percezione del proprio corpo, spesso alterata dal dolore e dalla sensazione della barra.



MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE



SETTING POSTURALE

4) SETTING per la DEAMBULAZIONE

- **Supporto iniziale:** la deambulazione è assistita da due operatori o con l'ausilio di un deambulatore, per evitare che il paziente si appoggi troppo in avanti.
- **Controllo dello sguardo:** invitare il paziente a guardare l'orizzonte, e non i propri piedi, aiuta a mantenere la colonna eretta.



MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE



PUNTI CHIAVI del SETTING POSTURALE

| SITUAZIONE | AZIONE INFERMIERISTICA | OBIETTIVO |
|------------------|------------------------------------|---|
| A letto | Posizione Semi-Flower (30°- 45°) | Migliorare l'ossigenazione e ridurre la tensione sternale |
| In movimento | Tecnica del «Log Roll» (in blocco) | Prevenire la dislocazione della barra per torsione |
| In piedi | Correzione della cifosi | Prevenire retrazioni muscolari e assicurare il risultato estetico |
| Durante la tosse | Supporto manuale/cuscino | Stabilizzare la gabbia toracica e ridurre il dolore acuto |

IL RUOLO CENTRALE DELL'INFERMIERE NEL PERCORSO CHIRURGICO



Il trattamento del pectus excavatum rappresenta una *sfida clinica* che va ben oltre l'atto chirurgico in sé.

Il successo dell'intervento nel lungo periodo dipende quasi interamente dalla *qualità dell'assistenza post-operatoria*.

- L'infermiere è il vero *regista del setting assistenziale*: la vigilanza sui sistemi di drenaggio, la gestione pro-attiva del dolore e la prevenzione delle complicanze emorragiche o infettive costituiscono la base della *sicurezza del paziente*.
- Un *approccio multidisciplinare coordinato* permette di trasformare un intervento invasivo in un percorso di cure sicure, efficaci e orientate al rapido ritorno alla vita quotidiana del paziente.

CHECKLIST FINALE PER LA DIMISSIONE



- 1) **Autonomia Motoria:** il paziente deambulare correttamente con postura eretta.
- 2) **Controllo del Dolore:** il dolore è gestibile con i farmaci prescritti per via orale.
- 3) **Conoscenza dei Limiti:** il paziente e i care-giver hanno compreso i movimenti da evitare.
- 4) **Gestione della Ferita:** istruzioni chiare su come mantenere pulite le ferite chirurgiche nel percorso di follow-up.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

BIBLIOGRAFIA



- Nuss D, Kelly RE Jr. “ The Nuss Procedure for pectus excavatum”.
- Protocolli ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) per la chirurgia toracica.
- Manuali di infermieristica Chirurgica (es. Brunner e Suddarth).