



Bari
S.I.C.O.B.

SPRING MEETING

18 - 19 MAGGIO 2023
THE NICOLAUS HOTEL

CONDIVIDERE PER CRESCERE
Strategie di integrazione
in Chirurgia Bariatrica

Presidente del Congresso
ANTONIO BRAUN

EMORRAGIA NURSE MANAGEMENT

Angela DE BIASE

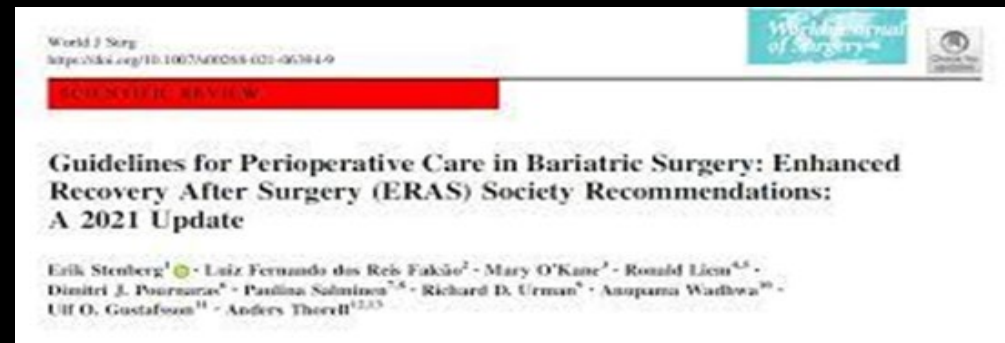
Casa di Cura Privata "SALUS" - Battipaglia (SA)

Unità di Chirurgia Generale e Laparoscopica Avanzata

Centro di Eccellenza S.I.C.O.B.

Responsabile: Ugo BARDI

La standardizzazione delle tecniche chirurgiche e delle procedure assistenziali secondo i protocolli ERAS, hanno consentito un approccio più "rigoroso" al paziente bariatrico offrendo un miglioramento dei tassi di complicanze



Phase of Care	Group	
	Standard Care	ERAS
Preoperative		
Diet	Full liquid diet day before surgery, NPO at MN	Full liquid diet day before surgery, Clear liquids day of surgery, 2 hours NPO
Pain control	None	Gabapentin and acetaminophen night of surgery and day of surgery
	Standard consent	Postoperative pain expectation handouts
Perioperative		
Nausea and pain control	None	Scopolamine patch, IV Dexamethasone, po Melatonin
Intraoperative		
Pain control	Port site bupivacaine injection	Port site Exparel TM and bupivacaine injection
	No anesthesia protocol	Anesthesia fentanyl limited at 150 mcg
Fluid management	3 liters IV fluid minimum	Goal directed fluid therapy, < 2L IVF
	Routine urinary catheter placement and removal on POD 1	No urinary catheters
Postoperative		
Diet	Clears POD 0	Clears POD 0
Ambulation	No protocol	Ambulate within 3 hours of surgery
Anxiety	None	PRN IV lorazepam
Pain management	Routine PCA use	Non-opioid management first line, no PCA
		Scheduled oral acetaminophen and IV ketorolac
Discharge		
Pain management	Hydrocodone/acetaminophen quantity 30 pills	Scheduled acetaminophen, limited oxycodone prescription

L'identificazione precoce delle complicanze inizia con un personale infermieristico ben addestrato e dedicato

AORN JOURNAL
THE OFFICIAL VOICE OF PERIOPERATIVE NURSING

Featured Article

Perioperative Nursing Care of the Patient Undergoing Bariatric Revision Surgery

Janice A. Neil PhD, RN

First published: 26 January 201

Per definizione un team collaborativo che opera in forza di un protocollo ERAbS non può prescindere da una capillarizzazione in ogni fase del processo di cura



EMORRAGIA

Rappresenta una delle complicanze ad
incidenza più comune nel peri operatorio

INCIDENZA media in letteratura : 1,5%

nostra esperienza: 1,8% - 2%

revisione chirurgica: 0,5% - 0,8%

CLASSIFICAZIONE DI EMORRAGIA PRECOCE E TARDIVA

Il 70% delle complicanze emorragiche postoperatorie si presentano entro le prime 4 - 12 ore dopo l'intervento

L'emorragia tardiva in chirurgia bariatrica è una condizione rara

Acuto (1-7 giorni),

Precoce (1-6 settimane)

Tardivo (6-12 settimane)

Cronico (<12 settimane)

in base al tempo di presentazione dopo la chirurgia bariatrica

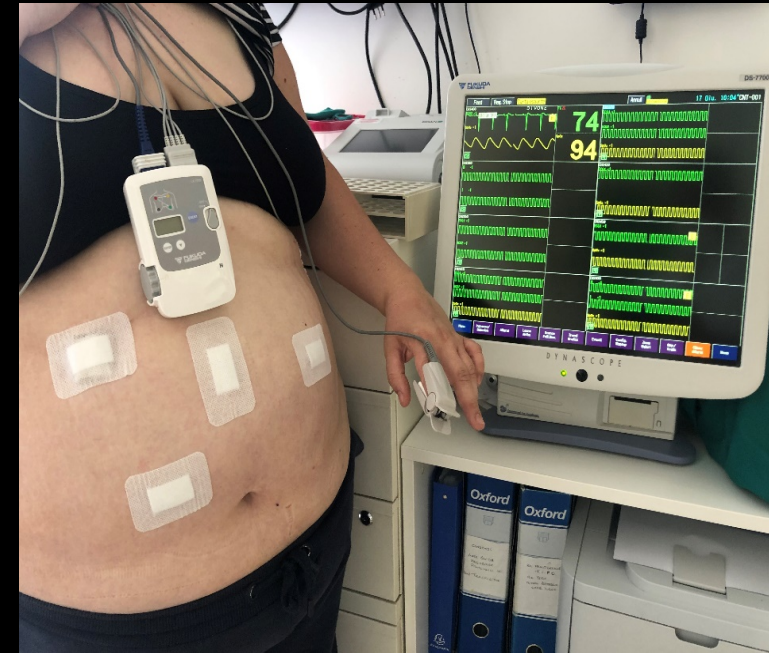
- L'**identificazione diagnostica** ed il suo trattamento precoce, rappresentano il primo passo verso la soluzione del problema
- La **rapidità terapeutica determina** un più rapido recupero clinico del paziente
- La **figura professionale infermieristica** assume un ruolo centrale nello schema assistenziale perché affidatari del paziente degente
- In un **team integrato** anche la sorveglianza ed i protocolli assistenziali devono essere ben standardizzati e rigorosamente applicati
- Fondamentale sono anche gli strumenti a supporto

RILIEVI CLINICO STRUMENTALI

La sorveglianza postoperatoria non è affidata alla singola esperienza ma a sistemi di monitoraggio continuo con telemedicina e ad un rigoroso processo di ricerca ed evidenza di dati ed elementi clinici possibilmente integrati a supporti digitalizzati

Rilievo di :

- ✓ Frequenza Cardiaca
- ✓ E.C.G.
- ✓ Frequenza Respiratoria
- ✓ P.A.
- ✓ Temperatura Corporea
- ✓ SpO₂

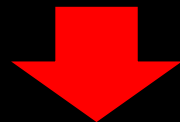


**MONITORAGGIO STRUMENTALE
NON INVASIVO**
continuo dei PARAMETRI VITALI
Rilevazione in tempo reale ed una
identificazione precoce delle alterazioni.
ESTREMAMENTE PRATICI E SAFETY

SINTOMATOLOGIA CLINICA

- lipotimia e/o sudorazione e/o vertigini e/o ottundimento al passaggio clino in ortostatismo
- difficoltà respiratoria/dispnea in mobilizzazione e/o a riposo
- facies e colorito di cute e mucose
- un quadro di ileo o un rallentamento della funzione gastrointestinale
- contrazione della diuresi

**EMORRAGIA
EXTRALUNIMALE
95%**



dolore addominale atipico e/o persistente
positività del drenaggio (se presente)

**EMORRAGIA
INTRALUNIMALE
5%**



ematemesi melena

Valutazione iniziale del paziente con segni di sospetta emorragia significativa

ESAME CLINICO

ASPETTO CHIAVE
NELLA VALUTAZIONE
DELL'ENTITA' DELL'EMORRAGIA

DOVE L'ipovolemia che:

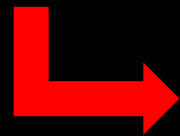
- *da lieve a moderata come < 15% di perdita di volume sanguigno, si manifesta solitamente con tachicardia a riposo*
 - *per perdite da > 15% a > 40% si presenta rispettivamente con ipotensione in orto e clinostatismo*
- ✓ Drenaggio (se presente) può positivizzarsi, di cui si valutano le caratteristiche qualitative e quantitative

PRIME MISURE

- ✓ Sospensione intake per os
- ✓ Somministrazione ossigeno
- ✓ Valutazione di un adeguato accesso venoso
- ✓ Monitoraggio emodinamico continuo
- ✓ Mantenimento della normotermia
- ✓ Esecuzione emocromo ed EGA
- ✓ In feedback continuo con il chirurgo

MA LA SOLA TACHICARDIA PUO' BASTARE?

un numero significativo di
pazienti bariatrici fa uso
DI BETA-BLOCCANTI



- CICLICA: più frequente negli eventi emorragici
- CONTINUA: l'andamento sostenuto è più frequentemente associato ad eventi come la sepsi

LA STANDARDIZZAZIONE NEL SOSPETTO DI EMORRAGIA POST OP

U.G.O. SCORE				UNIQUE GRADING OBJECT				
	2 verde	1 giallo	0 rosso					
DOLORE (V.A.S.)	1, 2, 3	4, 5, 6	7, 8, 9, 10	1				
TEMPERATURA (°C)	<37,2	37,5 / 38	>38	2				
PRESSIONE (mmHg)	P.A. all'entrata -120/80	130/90 100/60	>140/100 <100/60	2				
FREQUENZA CARDIACA (bpm)	FC abituale - < 90bpm	>90< 120 bpm	>120 bpm	1				
RESPIRAZIONE	respiri profondi e tossire	limitata-dispnea	dispnea a riposo	2				
SpO2	O2 > 93% a.a.	O2 < 93%	O2 < 90%	2				
DRENAGGIO	NEGATIVO	≤ 20	≥ 20	2				
	14	7	0	punteggio 12				
			14					
			7					
			0					

- * **VERDE**: Decorso regolare, punteggio pieno (14)
- * **GIALLO**: Alert, punteggio tra 14 e sup. 7
- * **ROSSO**: EMERGENZA, punteggio inf. o pari a 7

Il sanguinamento 48 ore dopo l'intervento chirurgico con un ematocrito stabile generalmente si risolve con una gestione conservativa

Autoanalisi dell'emocromo



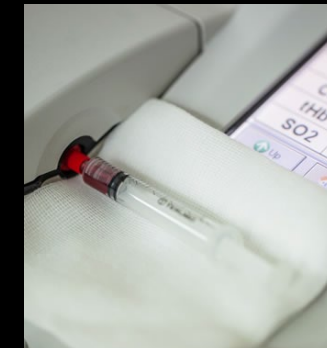
Mantenere la normotermia perioperatoria, perché riduce la perdita di sangue oltre che la necessità di trasfusioni, (l'ipotermia altera i valori della coagulazione e del metabolismo dei farmaci e aumenta del 40% il consumo di O₂)

Fws Air Forced Warming



Monitorare e correggere l'eventuale acidosi, per il suo impatto sulla coagulazione

EGA



Conclusioni

- ▶ **Approccio multidisciplinare:** Un team dedicato composto da chirurghi, anestesisti, nutrizionisti, infermieri e psicologi consente un'adeguata selezione dei pazienti e consente di creare un approccio perioperatorio personalizzato per i pazienti ad alto rischio
- ▶ **Assistenza perioperatoria standardizzata:** La gestione postoperatoria standard consente al chirurgo di riconoscere precocemente le possibili complicanze postoperatorie
- ▶ **Centro ad alto volume:** La relazione tra il volume dei centri e l'outcome chirurgico è ben nota in vari campi della chirurgia. Diversi studi hanno dimostrato che la concentrazione di interventi bariatrici in centri ad alto volume ridurrebbe la mortalità e la morbidità chirurgiche migliorandone i risultati




S.I.C.O.B.
Bari

SPRING MEETING

**18 - 19 MAGGIO 2023
THE NICOLAUS HOTEL**

CONDIVIDERE PER CRESCERE
Strategie di integrazione
in Chirurgia Bariatrica

Presidente del Congresso
ANTONIO BRAUN



Grazie per l'attenzione