



SICOBEventi

PERUGIA, 9 GIUGNO 2025

ADVANCED BARIATRIC SURGERY
CHIRURGIA BARIATRICA ASSOCIATA AD ALTRI
INTERVENTI E CHIRURGIA REVISIONALE

PRESIDENTE ONORARIO

Maurizio Cesari

PRESIDENTI

R. Bellini - A. Contine

IL PAZIENTE BARIATRICO E L'INFERMIERE DI REPARTO

SOFIA PACINI

**INFERMIERA U.O. MEDIA ASSISTENZA
CHIRURGICA**

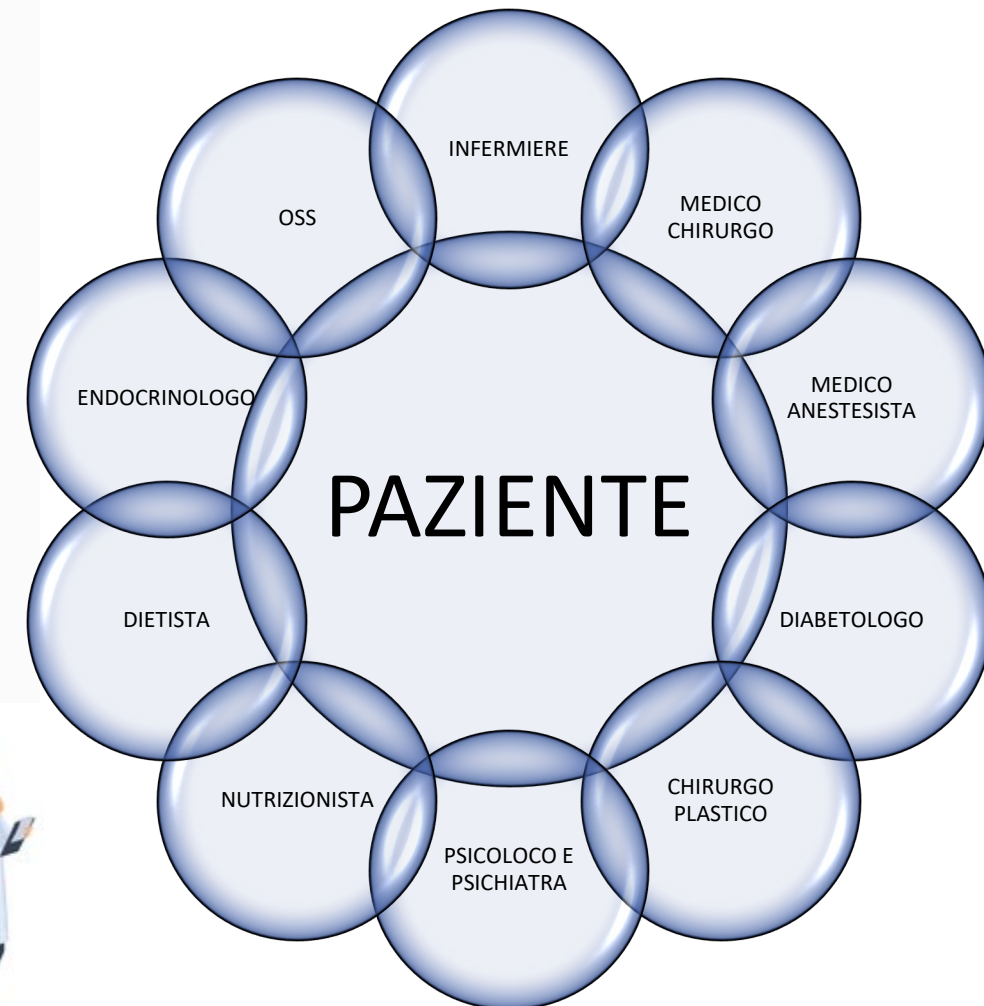
P.O. CITTA' DI CASTELLO

IL PAZIENTE BARIATRICO

- Soggetto che si sottopone o è valutato per sottoporsi ad intervento di chirurgia bariatrica
- Pz informato e motivato, con rischio operatorio accettabile, candidato ad intervento dopo fallimento di altre forme di trattamento come dieta, esercizio fisico e terapie comportamentali
- Pz con BMI>40
- Pz con $35 < \text{BMI} < 40$ con comorbidità ad alto rischio o problemi fisici
- Pz capace di partecipare a programmi di trattamento e di follow-up



TEAM MULTIDISCIPLINARE



L'INFERMIERE DI REPARTO

- Coordinamento e gestione del paziente
- Educazione e preparazione al percorso
- Supporto psicologico
- Valutazione e monitoraggio
- Coordinamento con altri professionisti



ASSISTENZA INFERMIERISTICA PERIOPERATORIA

PROTOCOLLO ERABS



FASE PRE-OPERATORIA



FASE INTRA-OPERATORIA



FASE POST-OPERATORIA

FASE PRE-OPERATORIA

AMBULATORIO PRE-OPERATORIO

- Counselling
- Ottimizzazione pre-operatoria
- Prelevare esami ematici
- Sistemazione cartella clinica



GIORNO DEL RICOVERO

- Ricovero a reparto
- Controllo documentazione clinica
- Rilevazione PV
- Posizionamento accesso venoso periferico
- Esecuzione tricotomia
- Preparazione intestinale non prevista
- Alimentazione giornaliera consentita
- Somministrazione terapia medica prescritta: domiciliare e profilassi eparinica
- Ricordare digiuno pre-operatorio
- Attivazione trasporti interni per S.O.



FASE PRE-OPERATORIA

FOCUS

- **Posizionamento accesso venoso:** il patrimonio venoso nei pz bariatrici risulta molte volte di difficile reperimento, a causa del sovrappeso e della fragilità capillare. L'infermiere di reparto si assicura di posizionare un accesso venoso stabile e duraturo per tutta la durata della degenza preferendo G 18 o superiore, ma se non si è certi, si può in autonomia, chiamare il medico anestesista per posizionare un catetere venoso, evitando di compromettere il patrimonio venoso, creare disagio e stress al pz stesso
- **Tricotomia:** viene eseguita dalla linea mammaria fino alla sovrapubica, quando necessaria, ½ prima dell'intervento chirurgico e con rasoio elettrico; particolare attenzione anche alla barba e baffi in caso di pz maschio, in quanto devono essere rimossi per ridurre il rischio di potenziali infezioni e rendere più facile l'inserimento del tubo endotracheale e prevenire un'eventuale estubazione
- **Digiuno pre-operatorio:** ricordare di mantenere digiuno pre-operatorio 2 h dai liquidi chiari e 6 h dai solidi, per ridurre lo stress operatorio, la resistenza insulinica e favorire un miglior recupero post-operatorio

FASE PRE-OPERATORIA

IMMEDIATO PRE-OPERATORIO:

- Tre ore prima dell'intervento somministrare 200-400 mg di MALTODESTRINE in acqua per OS, previo stick glicemico



- H 6:00 prelevare PC
- Rilevare PV
- Somministrare tp medica prescritta: domiciliare e tp antiemetica
- Verificare stato igienico cute
- Attendere chiamata dalla S.O. per preparare pz:
- Invitare il pz a svuotare la vescica
- Attendere trasporti interni per S.O.
- Inviare pz in S.O.
- Documentare l'assistenza infermieristica



- ✓ svestizione e vestizione operando
- ✓ controllo assenza protesi mobili, monili e piercing
- ✓ ritiro e custodia effetti personali
- ✓ somministrazione profilassi antibiotica prescritta ed eventuale preanestesia
- ✓ compilazione check-list peri-operatoria



IMMEDIATO PRE-OPERATORIO

FOCUS

- **Somministrazione maltodestrine:** vengono somministrate pre-intervento per preparare l'organismo allo stress chirurgico, fornendo un carico glucidico graduale. Importante controllare stick glicemico pre-operatorio, immediato post-operatorio e durante la degenza
- **Svuotamento della vescica:** ricordare al pz di svuotare la vescica appena ricevuta la chiamata dalla S.O. per ragioni di sicurezza del pz e per facilitare la procedura chirurgica. Infatti una vescica piena può aumentare il rischio di complicanze durante l'intervento come lacerazioni o sanguinamenti; una vescica vuota permette al chirurgo di avere una migliore visibilità e di eseguire le manovre in modo più preciso; lo svuotamento della vescica può aiutare a prevenire infezioni delle vie urinarie e ritenzione urinaria acuta in quanto non verrà posizionato CV durante intervento. Un globo vescicale post-intervento compromette la mobilità e le condizioni del pz, aumentando i tempi di recupero e lo stress PO, aumenta il carico di lavoro infermieristico che si trova a dover posizionare CV in urgenza su pz obeso

FASE POST-OPERATORIA

0 GG

- Pz rientra dalla S.O.
- Controllare stato coscienza
- Scoprire pz per controllare medicazioni e se presente drenaggio
- NO SNG
- NO CV
- Coprire pz
- Posizionare pz in antitrendelenburg
- Rilevare PV, ogni 6 h FC e SpO2, controllo glicemia capillare
- Controllare prescrizioni mediche e somministrare tp antalgica
- Documentare assistenza infermieristica
- Valutare ripresa spontanea della diuresi
- Prelevare esami ematici pomeridiani
- Mobilizzare pz entro 2/4 h PO, NO calze antitrombo
- Alimentare pz a partire dalle 4h PO con liquidi chiari(acqua e thè) a piccoli sorsi con cucchiaino



IMMEDIATO POST-OPERATORIO

FOCUS

- **Controllo PV:** stretto monitoraggio ogni 6 H dei PV, tra cui PA, FC, SpO2 e dolore. Ipotensione, >FC, bassa saturazione sono indici di complicanze PO in tutti i pz, ma nel caso di pz bariatrico sono spia di complicanza precoce
- **Posizione antitrendelenburg:** favorisce il ritorno venoso e migliora l'ossigenazione, alleviando la fatica respiratoria e migliorando le condizioni generali; riduce il dolore e favorisce il drenaggio di fluidi che si sono accumulati nella parte superiore dell'addome dopo l'intervento
- **Controllo del dolore PO:** somministrazione di tp antalgica prescritta, ad orario e/o rescue dose, per ridurre il dolore, evitando oppioidi maggiori, favorendo così una mobilitazione precoce e prevenendo PONV; un pz con sintomatologia ben controllata riesce a recuperare la propria autonomia in tempi minori
- **Mobilizzazione precoce:** entro 2-4h PO, per ridurre complicanze, morbidità, aumento dei tempi di degenza, favorire ripresa intestinale
- **Rialimentazione precoce:** già da 4h PO il pz viene rialimentato con liquidi chiari(acqua e thè) per favorire precoce ripristino intestinale, rapida guarigione delle ferite, minor rischio di infezioni PO, minore durata della degenza

FASE POST-OPERATORIA

I GG

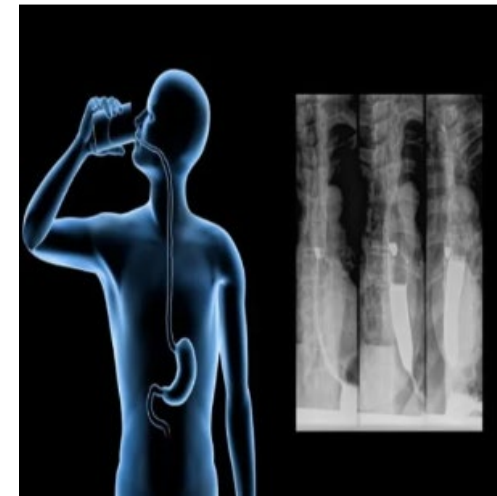
- H 6:00 prelevare esami ematici di controllo
- Controllare stato generale
- Rilevare PV, controllare medicazioni, diuresi e drenaggio, per qualità e quantità del drenato con bilancio giornaliero h 7:00
- Valutare alvo
- Alimentazione giornaliera consentita:
 - ✓ Colazione: thè o caffè d'orzo con ½ bustina zucchero
 - ✓ Pranzo: brodo con omogeneizzati q.b.+ P/F q.b.
 - ✓ Cena: brodo con omogeneizzati oppure semolino senza omogeneizzati q.b. + P/F q.b.
 - ✓ + 1 yogurt magro da consumare nell'arco della giornata tra un pasto e l'altro
- N.B: bere sempre con la cannuccia e mangiare sempre con il cucchiaino; limitare a pochi cucchiaini il brodo e la polpa di frutta, preferendo l'assunzione di yogurt
- Mobilizzare con supervisione
- Ricordare RX TUBO DIGERENTE del giorno successivo



FASE POST-OPERATORIA

II GG

- Vedi I GG PO
- Alimentazione: passare a 2 yogurt giornalieri
- **N.B: bere sempre con la cannuccia e mangiare sempre con il cucchiaino; limitare a pochi cucchiaini il brodo e la polpa di frutta, preferendo l'assunzione di yogurt**
- Controllare mobilizzazione
- Inviare pz ad eseguire RX TUBO DIGERENTE; se esito indagine diagnostica negativo e dietro ordine medico, rimozione del drenaggio ove presente e rinnovare medicazioni
- Dimissione del pz in giornata, con indicazioni e follow-up



CRITERI DIMISSIBILITA'

- Assenza complicanze PO
- PV stabili
- Esami ematici nella norma
- Diuresi spontanea attiva, alvo canalizzato
- Algie controllate
- Adeguata alimentazione
- Adeguata mobilizzazione
- Ferita chirurgica in ordine
- Assenza di febbre
- Desiderio del pz e familiare di rientrare al proprio domicilio



LETTERATURA

Review

> [Obes Rev.](#) 2023 Nov;24(11):e13614. doi: 10.1111/obr.13614. Epub 2023 Aug 22.

Nurse-led intervention for the management of bariatric surgery patients: A systematic review

Cláudia Mendes ^{1 2 3 4}, Manuel Carvalho ^{1 2}, Leandro Oliveira ³, Luís Monteiro Rodrigues ³, João Gregório ³

> [Nurs Leadersh Forum.](#) 2004 Winter;9(2):75-9.

Clinical nurse specialist as leader of a bariatric program

Janelle Morissette ¹

> [Soins.](#) 2016 Dec;61(811):39-41. doi: 10.1016/j.soin.2016.10.009.

[The role of the bariatric nurse coordinator]

[Article in French]

Patricia Lorenzo ¹, Sylvie Magrit ², Laurent Genser ³, Linda Helbert ¹, Juliette Skorupinski ²

Review

> [Medsurg Nurs.](#) 2006 Jun;15(3):129-45; quiz 146.

Nursing care of the person having bariatric surgery

Mary E Grindel ¹, Cecelia Gatson Grindel

CONSIDERAZIONI PERSONALI

- L'infermiere di reparto in chirurgia bariatrica è un professionista fondamentale per il successo del percorso di cura nel paziente obeso ed è parte integrante del team multidisciplinare
- L'infermiere deve possedere una formazione specifica sulla chirurgia bariatrica, comprese le diverse tecniche chirurgiche, le possibili complicanze PO ed i percorsi di riabilitazione
- L'infermiere deve essere in grado di comunicare efficacemente con il paziente, ascoltare, fornire informazioni chiare e creare un ambiente di fiducia durante il percorso di cure
- L'infermiere deve essere empatico, capace di comprendere le difficoltà, capace di fornire le spiegazioni e rassicurare il paziente con supporto emotivo adeguato
- Se non ci sono complicanze (e per fortuna il tasso è molto basso, l'1%), il rapporto paziente-infermiere diventa tanto importante quanto quello medico-paziente, a volte anche di più



SICOBEventi

PERUGIA, 9 GIUGNO 2025

ADVANCED BARIATRIC SURGERY

CHIRURGIA BARIATRICA ASSOCIATA AD ALTRI
INTERVENTI E CHIRURGIA REVISIONALE

PRESIDENTE ONORARIO

Maurizio Cesari

PRESIDENTI

R. Bellini - A. Contine

Grazie