

INTERVENTI CHIRURGICI PER CARCINOMA VESCICALE

- TURB
- CISTECTOMIA RADICALE con CONFEZIONAMENTO DI URETEROILEOCUTANEOSTOMIA SEC. BRICKER
- CISTECTOMIA CON CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA ORTOTOPICA
- UCS (URETEROCUTANEOSTOMIA) CON O SENZA CISTECTOMIA RAD.

Resezione transuretrale di neoformazione vescicale (TURB)

La TURB viene eseguita in presenza di una neoplasia vescicale che si evidenzia generalmente come una neoformazione aggettante in vescica.

Tale neoplasia può essere così asportata per via endoscopica.

Non trattare la neoformazione comporta un grave rischio di progressione locale e a distanza della malattia con conseguente peggioramento della prognosi e pericolo per la vita stessa del paziente.

Il trattamento che si propone consiste nella cistoscopia per confermare la diagnosi e quindi nella resezione della neoformazione o delle neoformazioni con il resettore endoscopico.

Non esistono al momento attuale metodiche alternative, né per la diagnosi, né per la terapia, in grado di assicurare risultati superiori o uguali a quelle offerte dalla cistoscopia e dalla resezione endoscopica.

La resezione può essere completa o parziale, a seconda del numero, dell'aspetto e delle dimensioni delle neoformazioni stesse.

Se l'asportazione è completa, la procedura proposta può avere valore terapeutico, se invece è parziale ha valore solo diagnostico.

Il procedimento si esegue attraverso uno strumento, chiamato resettore endoscopico, del diametro di 8-9 mm, che viene inserito attraverso l'uretra fino ad arrivare in vescica.

Il resettore è uno strumento rigido, dotato di un'ansa metallica che con il passaggio della corrente elettrica permette di tagliare piccole fette di tessuto.

Fetta dopo fetta la neoformazione o le neoformazioni possono essere asportate completamente.

Se le neoformazioni risultano particolarmente numerose e/o estese o se infiltrano le pareti della vescica può essere impossibile eseguirne l'asportazione completa, si eseguirà

pertanto una TURB stadiante. La procedura dura circa 15-60 minuti, a seconda delle lesioni riscontrate, del loro numero e delle dimensioni.

Dopo l'intervento si lascia un catetere in sede per 24-48 ore, al fine di controllare l'aspetto dell'urina ed evitare la sovradistensione vescicale a causa di una ritenzione da coaguli, con rischio di ulteriore sanguinamento.

Si esegue inoltre una cistoclisi continua con soluzione fisiologica sterile.

Il procedimento va eseguito in anestesia generale o periferica (spinale epidurale).

Dopo l'intervento il materiale asportato verrà inviato per esame istologico che consentirà di formulare la diagnosi definitiva, ponendo indicazione a controlli periodici, chemio/immunoprofilassi endovesicale o cistectomia radicale (in presenza di tumori infiltranti ad alto grado di aggressività).

COMPLICANZE:

La procedura presenta vari rischi e possibili complicanze. Innanzitutto comporta i rischi legati all'anestesia e alle manovre ad essa correlate.

Nel corso dell'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:

- Lesioni dell'uretra, che generalmente si risolvono spontaneamente;
- Emorragia, che a volte, anche se raramente, può rendere necessaria una trasfusione di sangue;
- Perforazione vescicale, che può essere extraperitoneale o intraperitoneale: nel primo caso, soprattutto se piccola, si risolve mantenendo il catetere per qualche giorno, raramente può richiedere un piccolo intervento per il posizionamento di un drenaggio paravesicale; nel secondo caso, invece, se la lesione è molto piccola può risolversi spontaneamente mantenendo il catetere vescicale per qualche giorno, altrimenti può rendere necessario un intervento chirurgico per riparare le lesioni alla vescica e agli altri organi eventualmente coinvolti;
- Lesioni degli osti ureterali, soprattutto se sono coinvolti dalla neoplasia (può essere opportuno posizionare un catetere ureterale per favorirne la guarigione);
- Sindrome da riassorbimento: è una complicanza rara, possibile soprattutto quando l'intervento dura più di un'ora, è dovuta al riassorbimento del liquido di per fusione e può portare a complicanze anche severe come l'edema polmonare, l'insufficienza renale e l'edema cerebrale, che possono richiedere il trasferimento nel reparto di rianimazione;
- Ematuria, che può richiedere l'esecuzione di lavaggio vescicale per rimuovere i coaguli o l'uso di lavaggio continuo per impedirne la formazione;
- Ritenzione urinaria, dovuta all'ostruzione da parte di eventuali coaguli oppure favorita da preesistenti cause ostruttive, come l'ipertrofia della prostata, di solito si risolve spontaneamente;
- Idroureteronefrosi, cioè la dilatazione delle alte vie urinarie, dovuta all'evoluzione in senso stenotico di una lesione dell'ostio ureterale;
- Reflusso vescico-ureterale, come conseguenza della resezione del tratto intravesicale dell'uretere;
- Stenosi dell'uretra, da lesione della mucosa da parte dello strumento;
- Infezione urinaria, favorita dalle manovre strumentali.

Assistenza infermieristica perioperatoria

Preoperatorio

Il giorno prima dell'intervento il p.te viene ricoverato.

All'ingresso in reparto il p.te è in possesso degli esami strumentali ed ematici di routine (Rx torace, ECG, routine ematica).

Sarà necessario effettuare un prelievo ematico per l'apertura del TS ed eventualmente, se il caso lo richiede, esami ematici su prescrizione medica.

Compilare la cartella infermieristica (diaria, scheda dispositivi medici, esami strumentali, permesso parenti, scala di Conley per p.ti > 65, scheda per consegna porta protesi, questionario di gradimento, foglietto illustrativo del reparto), rilevare i parametri vitali.

Effettuare la tricotomia al polpaccio sx, poiché in questa zona viene applicata la placca di "messa a terra" dell'elettrobisturi.

Consegnare le calze elastiche.

Istruire il p.te su cosa dovrà fare nel preoperatorio: digiuno dalla mezzanotte, doccia antisettica preoperatoria, indossare le calze elastiche il mattino dell'intervento.

Dieta preoperatoria:

Libera a pranzo e leggera a cena.

Il mattino dell'intervento il p.te dovrà assumere la terapia domiciliare sec. prescrizione, dovrà essere rilevata la PAO e se diabetico la glicemia.

Postoperatorio

Al rientro dalla camera operatoria il p.te presenta CV a tre vie con cistoclisi, CVP con liquidi postoperatori.

Bisogna rilevare i parametri vitali (PAO, SO₂, FC HGT se diabetico, dolore), controllare che il lavaggio funzioni correttamente e il colore, applicare un cerotto che fissi al letto il tubo di scarico della sacca di lavaggio (questo impedisce al lavaggio bloccarsi).

Il p.te deve:

rimanere a letto fino al mattino successivo,

non bere liquidi fino a quando non avrà ripreso la mobilità degli arti inferiori.

N. B. Per prevenire la trombosi venosa profonda bisogna mobilizzare il p.te il più presto possibile, quindi, se le condizioni cliniche lo consentono, il p.te potrà stare seduto sulla sedia in prima giornata.

Dieta postoperatoria:

la sera dell'intervento dieta leggera, dal mattino successivo dieta libera.

N.B.: se il p.te esce dalla co dopo le ore 15, la sera dell'intervento dovrà rimanere digiuno, potrà invece alimentarsi con dieta libera dal mattino successivo.

CISTECTOMIA RADICALE

INDICAZIONI

L'indicazione a questo tipo di intervento è la presenza di carcinoma vescicale infiltrante, esistono altre indicazioni che sono piuttosto infrequenti (vescica attinica, neurologica, carcinomi extraurologici avanzati).

DEFINIZIONE

Per cistectomia radicale si intende l'asportazione di vescica, prostata, vescicole seminali nell'uomo (se necessario anche l'asportazione dell'uretra); asportazione di vescica, utero, ovaie e parete anteriore della vagina con uretra nella donna. Durante l'intervento vengono asportati anche i linfonodi regionali (iliaci ed otturatori). L'asportazione della vescica richiede una derivazione urinaria. Gli ureteri, che portavano l'urina alla vescica, devono essere collegati all'esterno direttamente (ureterocutaneostomia) o tramite un'ansa intestinale, isolata dal resto dell'intestino (neovescica ortotopica ileale, ureteroileocutaneostomia).

DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI

L'intervento ha lo scopo di asportare la vescica e contemporaneamente costruire una derivazione urinaria. Le derivazioni urinarie utilizzate in questa U.O. sono:

URETEROCUTANEOSTOMIA (UCS)

La via urinaria viene derivata all'esterno mediante anastomosi (collegamento) diretta e permanente dei due ureteri alla parete addominale (su ciascun lato o bilateralmente). Infatti, a conclusione della procedura chirurgica, le stomie urinarie così confezionate saranno due (una a destra ed una a sinistra od entrambe a destra), protette da idonei presidi di raccolta. Nel lume dei due ureteri saranno posti due sottili cateteri a finalità automodellante e che in seguito dovranno essere sostituiti periodicamente (una volta al mese). Vantaggi e Svantaggi: ridotta mortalità e minori complicanze intra-operatorie e post-operatorie rispetto ad altre tecniche. Posizionamento definitivo di due stomie cutanee con sacche di raccolta (alterazione dello schema corporeo). Necessità di un programma d'assistenza periodica presso Centri per urostomizzati.

URETEROILEOCUTANEOSTOMIA (sec. Bricker)

Le urine saranno condotte all'esterno (derivate) mediante anastomosi (collegamento) dei due ureteri ad un'estremità di un'ansa intestinale, in precedenza isolata chirurgicamente dalla continuità intestinale, a sua volta suturata, all'altra estremità, alla parete addominale. Al termine della procedura operatoria, sull'addome rimarrà permanentemente un'unica apertura (stomia) protetta da un adeguato presidio di raccolta (sacca) per le urine; il condotto enterico così confezionato è privo della capacità di stoccaggio d'urina (le urine scoleranno continuamente all'interno della sacca e lì saranno raccolte). Vantaggi e Svantaggi: minori complicanze intra e postoperatorie rispetto alle neovesciche continenti. Rispetto alla UCS è gravata dai rischi legati alla resezione intestinale. Presenza di un'unica stomia cutanea (alterata simmetria corporea), senza i cateteri uretrali a dimora. È gravata da minor rischio di sepsi urinarie. Tempi operatori prolungati rispetto alla cistectomia con ureterocutaneostomia ma ridotti rispetto alle neovesciche continenti. Richiede controlli presso centri per urostomizzati meno frequenti.

NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA

Il tratto d'intestino isolato sarà modificato al fine di ottenere un serbatoio sferico, a bassa pressione (che cioè non si tenda prima che almeno 200-300 cc d'urine si siano depositati al suo interno). La "nuova vescica", posta nella stessa sede della vescica (ortotopica), sarà ricollegata tramite una sutura all'uretra e quindi la continenza sarà demandata ai normali

meccanismi sfinteriali. Gli ureteri saranno ricollegati alla nuova vescica. Vantaggi e svantaggi: mantenimento della minzione per uretram. Uno degli svantaggi è rappresentato dalla necessità di utilizzare un segmento ileale più lungo. Il tempo operatorio è superiore. Richiede controlli più frequenti ed un notevole impegno da parte del paziente per la corretta gestione.

TECNICA CHIRURGICA

PREPARAZIONE: il paziente deve essere depilato nelle zone sedi d'incisione. È necessario che l'intestino venga quanto più possibile pulito dai residui fecali mediante una purga da assumere il giorno prima dell'intervento. Può essere eseguita una profilassi per via orale con antibiotici non assorbibili dal tratto gastroenterico per sterilizzare l'intestino. Può essere necessaria anche un'idratazione endovenosa. Viene eseguita profilassi antibiotica pre-operatoria da proseguire per 5-7 giorni, salvo complicazioni, e profilassi antitromboembolica, preferibilmente con eparine a basso peso molecolare, da assumere quotidianamente per 3-4 settimane dopo l'intervento.

INCISIONE: l'intervento è eseguito per via addominale mediante un'incisione mediana condotta da sopra l'ombelico fino al pube. Una volta asportata la vescica si procederà alla ricostruzione della via urinaria secondo una delle metodiche descritte in precedenza.

DURATA DELL'INTERVENTO: a seconda della complessità della derivazione, i tempi possono essere variabili da due ore ad un tempo superiore alle quattro ore. In caso di ureterocutaneostomia all'uscita dalla sala operatoria il paziente avrà due drenaggi che fuoriescono dall'addome e due cateteri ureterali che fuoriescono dai rispettivi ureteri abboccati alla cute. In caso di ureteroileocutaneostomia (sec. Bricker) all'uscita dalla sala operatoria il paziente avrà due drenaggi che fuoriescono dall'addome e due cateteri ureterali che fuoriescono dalla stomia ileale abboccata alla cute. In caso di neovescica ileale ortotopica il paziente uscirà dalla sala operatoria con due drenaggi e due cateteri ureterali che fuoriescono dall'addome ed un catetere uretrale che fuoriesce dalla neovescica attraverso il pene. In caso di tasca indiana il paziente uscirà dalla sala operatoria con due drenaggi, due cateteri ureterali ed un grosso catetere che fuoriescono dall'addome.

DECORSO - Il ricovero è di tipo ordinario e la degenza media ospedaliera si aggira intorno agli 8-12 giorni.; il paziente rimane digiuno fino alla ripresa della motilità dell'intestino, dopo di che si potrà riprendere gradualmente l'alimentazione. La rimozione dei drenaggi avviene in III-IV giornata (salvo complicazioni). Durante l'intervento o nel periodo postoperatorio può essere necessario mettere un sondino che attraverso il naso giunga nello stomaco per drenare i succhi gastrici. Rimarrà in sede fino a che l'intestino non avrà ricominciato a funzionare normalmente.

COMPLICANZE - Le complicanze possono essere intraoperatorie o post-operatorie immediate (entro 30 giorni) e postoperatorie tardive (dopo i 30 giorni). La frequenza di complicanze nei pazienti che sono sottoposti a cistectomia radicale è di circa il 25%. La mortalità si aggira intorno all'1%. Le complicanze intraoperatorie sono rappresentate da:

- sanguinamento che può essere abbondante specie se la patologia coinvolge i grossi vasi sanguigni e può richiedere trasfusioni di sangue eterologo.
- lesioni accidentali del nervo otturatorio durante la linfoadenectomia.
- lesioni accidentali dell'intestino in corso di scollamento vescicale o di preparazione del tratto intestinale che sarà utilizzato in seguito (possono richiedere la creazione di derivazione fecale temporanea, da mantenere però anche per alcuni mesi). Tra le complicanze post-operatorie immediate (entro 30 giorni) collegate direttamente alla creazione della derivazione si ricordano:

- deiscenza anastomotica (cedimento) della sutura tra neovescica e uretere o delle pareti dell'intestino rimodellato con fuoriuscita d'urina. Comporta dolore addominale e prolungamento del blocco intestinale (ileo paralitico); se prosegue nel tempo (un limite temporale non assoluto è quello di 30 giorni) può richiedere un reintervento, ma normalmente guarisce da solo (trattamento conservativo o d'attesa) grazie al tubo di drenaggio che porta tale stravasamento d'urine all'esterno;
- infezioni.
- difficoltà al cateterismo intermittente della neovescica (tasca indiana); raramente richiede un reintervento.
- ostruzione ureterale (stenosi); può richiedere un reintervento, il più delle volte endoscopico.
- reflusso ureterale: è una complicanza molto frequente che va seguita nel tempo e corretto solo se causa di danno renale.

Le complicanze post-operatorie immediate (entro 30 giorni) non collegate direttamente alla creazione della derivazione sono:

- infezioni: se saccate (ascesso) possono richiedere un drenaggio chirurgico; normalmente sono trattate conservativamente; specie in soggetti defedati possono anche mettere in pericolo di vita il paziente
- deiscenza anastomotica (cedimento) della sutura enterica con fuoriuscita di liquido intestinale.
Comporta dolore addominale e prolungamento del blocco intestinale (ileo paralitico). Richiede comunemente un reintervento per correggere il difetto.
- ileo meccanico (blocco intestinale) da impossibilitato transito delle feci attraverso la ricostituita continuità intestinale (angolazione di un'ansa, briglia aderenziale, ernia interna, devascularizzazione di un'ansa). Richiede un reintervento.
- complicanze della ferita: la ferita può essere sede d'infezione superficiale o profonda, che può richiedere un intervento di pulizia chirurgica di solito in anestesia locale, o di ernie post-intervento; sono complicanze comuni a qualsiasi intervento addominale.
- prolungata linforrea (perdita di liquido linfatico) attraverso il tubo di drenaggio: è una complicanza autolimitantesi e non richiede reintervento, se non quando responsabile di una raccolta saccata di linfa (linfocele).
- flebotrombosi e/o embolie polmonari, complicanze cardio-polmonari, ulcere gastriche possono complicare qualsiasi tipo d'intervento.

DIMISSIONE

Alla dimissione viene consegnata una relazione con le indicazioni per la prosecuzione dei controlli e procedure da attuarsi nel breve periodo. Tali indicazioni prevedono anche il ritiro della lettera di dimissione definitiva, con esame istologico allegato che conterrà le indicazioni per i controlli da attuarsi nel lungo periodo. Prima della dimissione i pazienti che dovranno mantenere una sacca di raccolta urine permanente saranno istruiti dalla enterostomista sulla gestione della stessa. In caso di pazienti con neovescica ortotopica ileale o tasca indiana si renderà necessario eseguire a domicilio lavaggi della neovescica tramite il catetere vescicale con soluzione fisiologica; per tale procedura saranno istruiti dal personale della corsia di degenza.

NORME DI COMPORTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Dopo la dimissione si consiglia una ridotta attività fisica e un regime alimentare moderato. Generalmente si può dire che dopo un mese il paziente può riprendere una cauta attività lavorativa e può essere ripreso l'uso di veicoli per lunghi tragitti. Per i pazienti portatori di neovescica ortotopica ileale o tasca indiana è inoltre necessario prestare continuamente attenzione alla nuova condizione; la neovescica, sia che si svuoti attraverso le vie naturali

(uretra) o attraverso cateterismo intermittente non si comporta come la vera vescica:

- la sensazione di ripienezza tipica della vescica piena viene sostituita da una diversa sensazione che bisogna imparare a riconoscere e che comporta all'inizio la necessità di urinare ad intervalli di tempo regolari e/o con l'ausilio del catetere (può essere necessario dover imparare a praticare l'autocateterismo).
- lo svuotamento vescicale richiede l'ausilio del torchio addominale e di pressioni esterne con le mani perché la neovescica non è capace di generare attivamente e sotto la nostra volontà una contrazione;
- bisogna imparare a rilasciare lo sfintere uretrale prima di svuotare la vescica. Viene perso, infatti, quel meccanismo inconscio ed automatico che possiede una vescica normale e che fa sì che alla contrazione della sua parete segua per un riflesso nervoso il rilasciamento dello sfintere; solo così le urine possono defluire senza ostacoli.

COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE INSORTE DOPO LA DIMISSIONE.

È necessario che per tutta la vita, il paziente resti in contatto con un centro urologico e che a questo faccia riferimento per ogni problema relativo e pertinente all'intervento stesso, come difficile svuotamento della neovescica (senso di tensione o di ripienezza addominale), febbre che non recede con terapia antibiotica tradizionale, astenia marcata, anemia, dolori addominali d'incerta natura, alterazione dei parametri ematochimici di funzione renale, dolori lombari gravativi o di tipo colico ecc. In caso di dolore addominale, febbre e macroematuria (presenza di sangue, visibile ad occhio nudo, nelle urine) rivolgersi allo specialista.

COMPLICANZE TARDIVE

Tra le complicanze tardive correlate alla creazione della neovescica si ricordano:

- rottura della neovescica o sua fissurazione: può richiedere un intervento o un semplice drenaggio percutaneo o una riparazione della neovescica a cielo aperto.
- formazione di calcoli: possono formarsi sui punti metallici utilizzati nella costruzione di una neovescica o essere secondari ad infezioni, raccolte di muco o corpi estranei. Richiedono un reintervento che più spesso viene eseguito per via endoscopica, raramente può richiedere un reintervento chirurgico a cielo aperto.
- ostruzione ureterale: probabilmente la più frequente complicanza. È responsabile d'insufficienza renale se interessa entrambi i reni contemporaneamente. Richiede spesso un iniziale drenaggio delle urine mediante un catetere sottile posto, il più delle volte, in anestesia locale attraverso il fianco (nefrotomia); quindi si procederà a risolvere l'ostruzione mediante tecniche endoscopiche, in caso di fallimento sarà necessaria una correzione chirurgica a cielo aperto.
- reflusso ureterale: è un ritorno d'urine che provengono dalla neovescica verso i reni. Può richiedere un reintervento solo se responsabili di deterioramento della funzione renale;
- incontinenza urinaria: è un evento comune; avviene più frequentemente di notte o a seguito d'improvvisi aumenti della pressione addominale ed in tali casi non richiede trattamento se non una prescrizione di sussidi atti a contenerla; se persistente si può provare a risolverla con ginnastica volta ad irrobustire la muscolatura pelvica.
- ipercontinenza/ritenzione: è un evento che si verifica soprattutto nelle derivazioni urinarie continenti nelle donne o in caso di sviluppo di stenosi dell'anastomosi uretrovescicale negli uomini; comporta l'impossibilità a svuotare completamente la vescica. Solitamente viene trattato con auto-cateterismi puliti intermittenti.
- problemi alla stomia: vanno dal restringimento della stomia cutanea (orifizio neoformato attraverso cui la neovescica è abboccata alla cute), solitamente risolvibile con dilatazioni progressive e continuate, all'ernia parastomiale. Quest'ultima va corretta chirurgicamente se particolarmente fastidiosa o voluminosa. Interessano nel complesso circa il 25% dei pazienti.

- deterioramento della funzione renale, acidosi e anemia: è necessario controllare per tutta la vita la funzione renale, i livelli di emoglobina e l'equilibrio acido-base. A distanza si possono avere recidive pelviche della neoplasia.

CONSEGUENZE DELL'INTERVENTO ED EFFETTI COLLATERALI

L'intervento di cistectomia radicale provoca una drastica riduzione della funzionalità sessuale. Nel caso di un soggetto maschile l'asportazione della vescica, prostata e vescicole seminali comporta l'asportazione dei nervi erigenti che decorrono in stretto contatto con la prostata e l'uretra ed un danno vascolare che determinano quasi costantemente la scomparsa della capacità di avere un'erezione spontanea. Nel caso di un soggetto femminile solitamente sono asportati con la vescica, utero, ovaie, uretra e parete anteriore della vagina che determina una forte alterazione, fino all'impossibilità, dei rapporti sessuali. La presenza definitiva di una stomia cutanea (ureterocutaneostomia e ureteroileocutaneostomia sec. Bricker), in futuro e con incidenza variabile da soggetto a soggetto, potrà comportare:

- irritazioni locali da stravasamento urinario attraverso il presidio di continenza e/o intolleranza al presidio stesso.
- deiscenza e prolasso della stomia (apertura del punto di contatto tra la cute e il rivestimento, detto mucosa, dell'uretere).
- stenosi (restringimento) della stomia.
- infezioni urinarie ascendenti.
- micro-macroematurie.
- lesioni da sostituzione dei cateteri ureterali (in caso di UCS).

FOLLOW-UP

Lo schema proposto è da ritenersi puramente indicativo e passibile di modifica da parte del medico ogniqualvolta le specifiche caratteristiche del paziente lo rendano consigliabile. Urografia o ecografia dei reni e della neovescica a sei mesi, a 1 anno, a 2 anni e poi ogni 2 anni; azotemia, creatinemia, elettroliti, emocromo ed emogasanalisi ad un mese, poi a 3 e a 6 mesi e infine ogni 6 mesi. La visita urologica post-operatoria è programmata ad un mese circa dall'intervento e quindi, sarà impostato un programma d'assistenza presso centri per urostomizzati e di follow-up riguardante la patologia di base.

Assistenza perioperatoria

Preoperatorio

Il giorno prima dell'intervento il p.te viene ricoverato.

All'ingresso in reparto il p.te è in possesso degli esami strumentali ed ematici di routine (Rx torace, ECG, routine ematica).

Sarà necessario effettuare un prelievo ematico per l'apertura del TS più richiesta di 2 sacche i emazie concentrate (2 provette tappo viola 7 ml) ed eventualmente, se il caso lo richiede, esami ematici su prescrizione medica.

Compilare la cartella infermieristica (diaria, scheda dispositivi medici, esami strumentali, permesso parenti, scala di Conley per p.ti > 65, scheda per consegna porta protesi, questionario di gradimento, foglietto illustrativo del reparto), rilevare i parametri vitali.

Effettuare la tricotomia partendo dai capezzoli fino a metà coscia più il polpaccio sx, poiché in questa zona viene applicata la placca di “messa a terra” dell'elettrobisturi.

Consegnare le calze elastiche.

Istruire il p.te su cosa dovrà fare nel preoperatorio: digiuno dalla mezzanotte, doccia antisettica preoperatoria, indossare le calze elastiche il mattino dell'intervento.

Infondere per EV:

- Sol. Glucosata 10% 500 ml + Actrapid VII ui
- Sol. Elettrolitica 500ml
- Sol. Glucosata 10% 500 ml + Actrapid VII ui

Somministrare per os:

- eritrocina 1000 mg

Dieta preoperatoria:

Brodo a pranzo digiuno a cena.

Il mattino dell'intervento il p.te dovrà assumere la terapia domiciliare sec. Prescrizione, dovrà essere rilevata la PAO e se diabetico la glicemia.