



AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

Tel. 0382 530596 - Telefax 0382 531174

www.ospedali.pavia.it

Gestione della medicazione e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico



Rev.	n°	Descrizione modifica	Firma	Data
Rev.	1	Titolo-tutti i paragrafi		marzo 2015
Rev.	0			giugno 2008
Preparato: U.O. Accreditamento e Qualità – Gruppo di lavoro			Verificato e approvato dal CIO nella riunione del 25/03/2015	

GRUPPO DI LAVORO REVISIONE N.1

Casarini Andrea	Infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere Voghera
Collivasone Lucia	Infermiera Tutor C.L. triennale in infermieristica Vigevano
Di Martino Benedetta	Infermiera coord. U.O Accreditamento e Qualità
Macchi Antonella	Infermiera addetta al controllo delle infezioni ospedaliere Vigevano
Penna Michele	Infermiere U.O Chirurgia Voghera
Previde Massara Paolo	Medico U.O Chirurgia Vigevano

SOMMARIO

PREMESSA	3
1. SCOPO DEL PROTOCOLLO	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3. RESPONSABILITÀ	3
4. MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	4
4.1 <i>Medicazione semplice</i>	5
4.2 <i>Medicazione complessa</i>	5
4.3 <i>Medicazione avanzata o Pressione topica negativa</i>	6
4.4 <i>Gestione del dolore della ferita chirurgica</i>	6
4.5 <i>Programmazione della dimissione</i>	6
5. INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO	7
5.1 <i>Classificazione delle infezioni del sito chirurgico</i>	7
5.2 <i>Fattori di rischio</i>	7
6. PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO	8
6.1 <i>Programma di sorveglianza delle infezioni</i>	8
7. RIEPILOGO DELLE RACCOMANDAZIONI	9
7.1 <i>Misure preventive preoperatorie</i>	9
7.2 <i>Misure preventive intraoperatorie</i>	10
7.3 <i>Misure preventive postoperatorie</i>	11
8. BIBLIOGRAFIA	12

PREMESSA

Si definisce "ferita chirurgica" una soluzione di continuo della cute/di un tessuto parietale, realizzata a seguito di un'incisione a comparsa programmata, con obiettivi diagnostici o terapeutici, che dovrebbe andare incontro a guarigione in un intervallo di tempo ben definito.

Alcune variabili, dovute a fattori intrinseci ed estrinseci, possono incidere sulla guarigione della ferita rallentandola o ostacolandola; tra questi la presenza di microrganismi ritenuti responsabili delle infezioni del sito chirurgico e che risulta essere tutt'ora una complicanza ad elevata frequenza ed impatto sulla qualità delle prestazioni sanitarie, sulla compliance dei pazienti e sui costi generali delle cure.

Le infezioni post operatorie non sono del tutto eliminabili, ma l'adozione di misure preventive e modelli comportamentali mirati, comportano una loro significativa riduzione.

1. SCOPO DEL PROTOCOLLO

Standardizzare le procedure di gestione delle ferite chirurgiche, al fine di migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni sanitarie:

- assicurando la medicazione appropriata, prevenendo il dolore e le complicanze infettive;
- identificando correttamente le infezioni del sito chirurgico e applicando, sulla base delle raccomandazioni, le misure di carattere comportamentale e assistenziale, riconosciute avere un ruolo determinante nella prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica a tutti i pazienti con ferite chirurgiche gestite in ambito ospedaliero ed ambulatoriale.

3. RESPONSABILITÀ

	Medico	Coord.	Infermiere /Ostetrico	Personale di supporto
Il responsabile medico ed il coordinatore infermieristico/ostetrico, (Coord.) supervisionano i comportamenti degli operatori nell'applicazione delle indicazioni presenti nel protocollo. Legenda: R = responsabile C = coinvolto				
a) MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA				
Approvvigionamento materiale per medicazione di routine		R	R	C
Approvvigionamento medicazione avanzata	R	R/C	R/C	C
Preparazione dell'ambiente, nel rispetto della privacy del paziente			R	R
Preparazione del materiale occorrente	R*/C		R	C
Predisposizione dei DPI necessari per la procedura		R	R	C
Identificazione del paziente	R		R	C
Valutazione della ferita chirurgica	R		R	C
Esecuzione della medicazione	R		R/C	C
Attuazione misure di isolamento/barriera in presenza di ferite infette	R	R	R	C
Registrazione procedura	R		R	
Riordino materiale e corretto smaltimento rifiuti			R/C	R
Controllo del paziente e prevenzione delle complicanze nel post operatorio (dolore-deiscenza/infezione della ferita)	R		R	C
Igiene/mobilizzazione del paziente dipendente con medicazione/drenaggio			R	C
Supervisione inserimento dei neo assunti (infermieri/ostetrici e operatori di supporto) e/o formazione degli studenti/tirocinanti		R	R	C
Informazione del paziente/familiare sul corretto mantenimento della medicazione/drenaggio durante il ricovero e/o a domicilio	R	R	R	C

note: * per la medicazione avanzata

b) PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Coinvolge anche altri professionisti sanitari e personale dei diversi settori operativi: Sala operatoria, Ambulatori e addetti alle pulizie; anche questi operatori devono individuare ed applicare le pratiche vantaggiose per il raggiungimento degli obiettivi (best practices) e implementare le misure preventive.

4. MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA

La "medicazione" è un tecnica atta a curare e proteggere la ferita dal rischio di infezione e far ottenere un completo ripristino della cute la cui riparazione tissutale avviene in 3 fasi definite: infiammatoria, proliferativa e maturativa.

La scelta della tipologia di medicazione, che deve essere anallergica e atraumatica nella periodica sostituzione e/o rimozione della stessa, è legata alle caratteristiche della ferita stessa.

Tipologia di medicazione:

1. semplice (per ferita che guarisce per I intenzione)
2. complessa (per ferita che guarisce per II intenzione)
3. avanzata (per ferite che guarisce per III intenzione)

Molti fattori concorrono alla buona riuscita della medicazione, tra questi le azioni comportamentali che rispondono ai criteri di efficacia ed efficienza.

Materiale standard

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Camici monouso;▪ DPI (<i>guanti monouso, visori/occhiali</i>)▪ Guanti, teli e strumentari chirurgici sterili (<i>ad uso monopaziente</i>)▪ Pacchetti di compresse e tamponi sterili▪ Antisettico¹ | <ul style="list-style-type: none">▪ Soluzione alcolica per frizione delle mani▪ Soluzione fisiologica▪ Cerotti▪ Bacinella reniforme▪ Tamponi per esami colturali▪ Contenitori per diverse tipologie di rifiuti |
|--|---|

Per le medicazioni complesse: occorrono anche bisturi, filler, adesivo isolante, placca e tubo di raccordo al dispositivo di generazione di pressione.

I dispositivi medico-chirurgici² (strumenti chirurgici, compresse, tamponi, ecc.), sono confezionati sterilmente e assemblati per realizzare set sterili per medicazione.

Su ogni set deve essere indicato il n° di lotto ai fini di garantirne la rintracciabilità e pertanto, specie per le medicazioni complesse, è importante conservare il numero di lotto di sterilità nella documentazione sanitaria del paziente.

¹ Protocollo Uso antisettici e disinfettanti – Schede operative

² Manuale per la sterilizzazione

4.1 Medicazione semplice

La prima medicazione deve essere effettuata dopo **24-48** ore dall'intervento.

Scopo della medicazione semplice:	
Proteggere la ferita con medicazione sterile, assorbire gli eventuali essudati, contribuire a mantenere i margini della ferita asciutti. Non è necessaria la sostituzione giornaliera.	
1	Identificare ³ il paziente e informare sulla procedura, valutare la presenza di dolore, far assumere una posizione confortevole, nel rispetto della privacy, che permetta una buona esposizione della sede della ferita.
2	Eseguire il lavaggio sociale/frizione alcolica delle mani; indossare i guanti monouso e altri DPI (secondo necessità).
3	Rimuovere la medicazione (con la mano non dominante trattenere la cute e con l'altra rimuovere il cerotto, se necessario inumidire con soluzione fisiologica sterile).
4	Osservare e valutare la ferita e la cute circostante.
5	Rimuovere e smaltire i guanti.
6	Eseguire lavaggio o frizione antisettica delle mani ⁴ . Aprire, con tecnica asettica, le confezioni del materiale, da appoggiare nel piano di lavoro, utilizzando la parte interna della confezione come campo sterile. Indossare i guanti sterili per tecnica "touch" o quelli non sterili per tecnica "no touch".
7	Detergere la ferita con garza sterile imbibita di soluzione fisiologica, iniziando dall'alto verso il basso e verso l'esterno della sutura, con movimento unidirezionale; ripetere la manovra con altra garza sterile per trattare l'altro lato della sutura. Asciugare la ferita con garza asciutta.
8	Eseguire eventuale rimozione dei punti di sutura.
9	Disinfettare la ferita, utilizzando la pinza con garza e antisettico, con movimento unidirezionale, praticando più passaggi (almeno due) e sostituendo la garza ad ogni passaggio, lasciare asciugare.
10	Applicare la medicazione a piatto, utilizzando cerotti premedicati o garze sterili con cerotto, e posizionare sulla ferita delicatamente facendo aderire bene alla cute.
11	Eliminare il materiale, acuminati e taglienti negli appositi contenitori e ricondizionare l'ambiente.
12	Rimuovere i guanti, eseguire il lavaggio sociale/frizione alcolica delle mani.
13	Istruire il paziente a non rimuovere la medicazione, scoprire o toccare la ferita informare sul riconoscimento precoce di sintomi di complicanze infettive. Registrare l'avvenuta procedura in cartella.

4.2 Medicazione complessa

La medicazione complessa può essere rinnovata più volte nelle 24 ore in presenza di essudato e/o pus.

Scopo della medicazione complessa:	
Assorbire gli eventuali essudati e contribuire a mantenere i margini della ferita asciutti.	
I punti da 1 a 6 sono i medesimi della medicazione semplice	
7	In presenza di materiale corpuscolato, rimuovere le secrezioni dalla cute con garza sterile asciutta, quindi prelevare il campione per esame colturale.
8	Dopo il prelievo, detergere la ferita (come descritto nella medicazione semplice).
9	Disinfettare, praticando più passaggi di disinfezione cambiando la garza ad ogni passaggio.
10	Se presente materiale necrotico e/o fibrinoso procedere alla rimozione dello stesso tramite debridement chirurgico o con ultrasuoni.
11	Rimuovere eventuali punti di sutura per favorire il drenaggio di eventuali raccolte sottocutanee.
12	Ripassare con nuova garza e antisettico (come descritto nella medicazione semplice).
13	Rivalutare la ferita, se si evidenzia la necessità di ulteriori manovre individuare l'ambiente idoneo in cui eseguirle.
14	Applicare la medicazione (pronta sterile o garze sterili).
15	Eliminare il materiale monouso, e procedere come di prassi (vedi per la medicazione semplice).
16	Rimuovere i guanti, eseguire il lavaggio sociale/frizione alcolica delle mani.
17	Istruire il paziente (come descritto nella medicazione semplice); registrare la procedura in cartella.

³ Protocollo Corretta identificazione del paziente

⁴ Protocollo per il corretto lavaggio delle mani

In presenza di drenaggio

Deve essere eseguita con tecnica e materiale sterile.

1. *drenaggio aperto*: i punti di fuoriuscita dei drenaggi devono essere medicati con tecniche asettiche, separatamente dalla ferita chirurgica e possibilmente più frequentemente.

2. *drenaggio chiuso*: il raccogliatore delle secrezioni drenate deve essere sterile, ben chiuso, deve essere tenuto al di sotto del livello della ferita, per prevenire il reflusso lungo i tubi dei fluidi drenati che vengono colonizzati molto velocemente dai microrganismi.

E' necessario osservare alcuni accorgimenti:

- procedere alla pulizia intorno all'inserzione del drenaggio rinnovando le eventuali incrostazioni ematiche;
- disinfettare intorno alla sede di drenaggio iniziando dal punto più vicino al drenaggio verso l'esterno con movimento circolare; confezionare con medicazione sterile a "Y" e fissare il drenaggio in modo da evitare il dislocamento con trazioni involontarie del drenaggio, garantire il necessario comfort di movimento e offrire la massima e sicurezza al paziente.

4.3 Medicazione avanzata o Pressione topica negativa

Il sistema di medicazione a pressione topica negativa (PTN) è utilizzato per pazienti con ferite caratterizzate da perdita di sostanza; è una metodica di trattamento che agisce sulla lesione attraverso una pressione sub-atmosferica. Le medicazioni si effettuano, di norma, ad intervalli **di 72 h**.

Scopo della PNT: Rimuovere eventuali tralci necrotici infetti e l'edema tissutale; migliorare la perfusione ematica; stimolare la neoangiogenesi, il tessuto di granulazione e la contrazione della ferita.

I punti da 1 a 7 sono i medesimi della medicazione semplice

8	Prelevare il materiale (tampone, filler vecchio, tessuto devitalizzato) per indagine colturale.
9	Irrigare la ferita e valutare la perfusione dei tessuti e della presenza di materiali infetti.
10	Ricercare e sondare la presenza di eventuali tramiti fistolosi o di recessi profondi.
11	Rimuovere gli eventuali tessuti devitalizzati o infetti.
12	Irrigare e disinfettare la ferita.
13	Controllare l'emostasi.
14	Modellare ed inserire il filler nella ferita.
15	Individuare il punto di applicazione del PTN e posizionare l'adesivo isolante.
16	Applicare la placca ed il tubo di raccordo al dispositivo.
17	Rimuovere i guanti sterili.
18	Accensione del dispositivo e regolare in modalità di aspirazione (continua o intermittente) ed intensità di pressione.
19	Verificare la tenuta isolante della medicazione (eventuali perdite devono essere isolate con applicazione di ulteriore adesivo isolante).
20	Riordino dei materiali e procedere come di prassi (vedi medicazione semplice).

4.4 Gestione del dolore della ferita chirurgica

Controllare il dolore⁵ nel decorso post operatorio (DPO), oltre a favorire la mobilitazione precoce, può migliorare la compliance del paziente. Le ferite chirurgiche, normalmente, sono più dolorose durante la prima fase di riparazione tissutale (fase infiammatoria), rispetto ai processi di riparazione attiva e di rimodellamento. Occorre assicurare un monitoraggio costante della presenza del dolore, ponendo attenzione a tutti gli elementi che possono favorire la sensibilizzazione dei nocicettori, quali ad esempio la tosse ripetuta, la mobilitazione stessa, gli indumenti che sfregano sulla ferita, il cambio della medicazione o l'uso di determinati antisettici, al fine di prevenire la sua manifestazione, adeguando/prevedendo un supporto farmacologico mirato.

4.5 Programmazione della dimissione

La pianificazione della dimissione, in presenza di ferita chirurgica in via di guarigione e/o con i drenaggi in situ, se integrata e interdisciplinare, può facilitare la continuità assistenziale.

Occorre istruire il paziente (o i suoi familiari) sul mantenimento della medicazione a domicilio, ivi compresi le indicazioni su come assicurare l'igiene della persona ed il riconoscimento precoce di segni e/o sintomi di complicanze infettive relative al sito chirurgico. Prima della dimissione, verificare se il paziente/familiare ha recepito le informazioni⁶, valutare l'opportunità di consegnare, oltre la lettera di dimissione indirizzata al MMG, la relazione infermieristica⁷ con i consigli personalizzati.

⁵ Protocollo Il dolore post operatorio

⁶ Procedura interventi educativi a domicilio educazione al paziente per la continuità assistenziale

⁷ Relazione infermieristica alla dimissione mod.11183

5. INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

L'infezione del sito chirurgico è definita dal Sistema NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance) del CDC (Center for Disease Control), in accordo con le definizioni abitualmente utilizzate anche in Europa, come qualsiasi stato morboso caratterizzato da segni locali e/o generali di infezione insorto entro 30 giorni o entro un anno se sono state inserite delle protesi.

L' infezione si verifica quando, i microrganismi, presenti nell'ambiente, sulla cute degli operatori o del paziente stesso, raggiungono il sito chirurgico per contatto diretto o tramite l'aria.

Per identificare precocemente, nel post operatorio, una infezione del sito è necessaria un'attenta valutazione del paziente riguardo:

- la presenza di dolore, che insorge o aumenta nell'area della ferita, insieme ad altri segni di infiammazione/eritema (arrossamento persistente in associazione a cute più calda e dolente al tatto rispetto a quella circostante);
- la presenza di pus in una qualsiasi forma, in quanto è sempre indicatore di infezione;
- qualsiasi essudato dalla ferita dopo 48 ore dall'intervento chirurgico.

5.1 Classificazione delle infezioni del sito chirurgico

- infezione superficiale = infezione del sito chirurgico limitata alla superficie dell'incisione;
- infezione profonda = infezione del sito chirurgico che interessa i tessuti profondi;
- infezione organo/spazio = infezione del sito chirurgico che interessa organi e spazi.

5.2 Fattori di rischio

La probabilità che i pazienti sottoposti a intervento chirurgico sviluppino infezione post operatoria del sito, varia fortemente in relazione a diversi fattori:⁸

- durata e classe dell'intervento chirurgico (pulito, pulito-contaminato, contaminato, sporco);
- codice ASA (rischi legati alla condizione clinica del paziente) ≥ 3 ;
- impianto di materiale protesico;
- durata della degenza pre-post intervento;
- durata dell'intervento;
- malattie concomitanti (diabete, malnutrizione, obesità, ecc.).

⁸ Protocollo Antibiotico profilassi in chirurgia

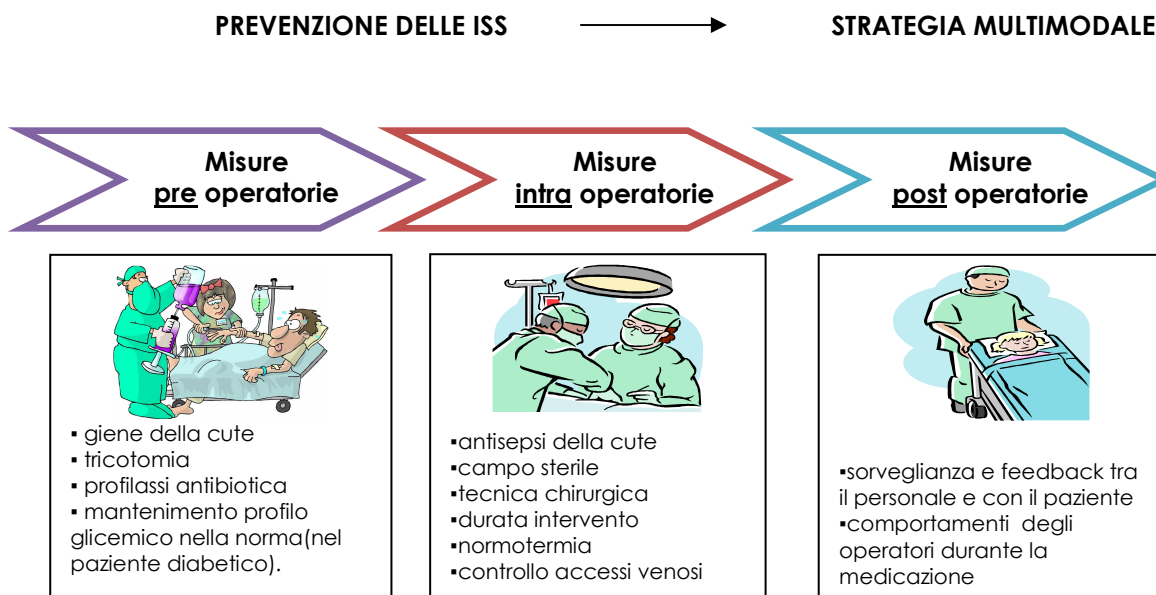
6. PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

Obiettivo fondamentale della prevenzione è creare, a protezione del sito chirurgico, delle barriere efficaci per ridurre al minimo queste possibilità di contatto (contaminazione batterica e/o infezione).

Occorre sviluppare l'adozione di buone pratiche assistenziali che possono migliorare la qualità dell'assistenza tramite:

- la formazione continua del personale sanitario e di supporto;
- l'applicazione delle corrette procedure assistenziali, secondo le evidenze scientifiche;
- la protezione del sito chirurgico nelle diverse fasi;
- l'attenta e adeguata igiene della persona, dell'ambiente⁹ e dello strumentario.

L'approccio per Blunde consiste nell'adozione di un set di interventi che, se integrati, sono in grado di ridurre, in modo significativo le infezioni del sito chirurgico.



6.1 Programma di sorveglianza delle infezioni

Permette di identificare i gruppi di agenti infettivi ed eventi epidemici, valuta l'andamento temporale, identifica i fattori di rischio e l'impatto delle misure di controllo e permette di avviare i programmi di miglioramento della qualità assistenziale. È comprovato che una sorveglianza associata ad un programma di controllo delle infezioni, che includono un feed back delle informazioni integrati e multidisciplinare, conduce ad una riduzione significativa delle infezioni del sito chirurgico.

La sorveglianza consente di:

- identificare tempestivamente la malattia infettiva e/o colonizzazione del paziente;
- reperire gli esiti colturali;
- guidare l'adozione delle misure di precauzione per il controllo del rischio infettivo.

⁹ Manuale della detergenza

7. RIEPILOGO DELLE RACCOMANDAZIONI

Alcune indicazioni, presenti nelle "L.G. per la prevenzione dell'infezione del sito chirurgico del 1999", trovano tuttora riscontro nelle recenti LG Europee.

Nelle seguenti tabelle si riporta la sintesi e comparazione delle raccomandazioni per il sito chirurgico (SSI, Surgical Site Infection) presenti in bibliografia.

7.1 Misure preventive preoperatorie

ARGOMENTO	DESCRIZIONE	CATEGORIA
Informazione al paziente	Fornire ai pazienti informazioni e raccomandazioni chiare e coerenti, durante tutte le fasi assistenziali. Queste devono comprendere il rischio d'infezione del sito chirurgico, cosa viene fatto per ridurlo e come viene gestito. Incoraggiare i pazienti ad astenersi dal fumo di tabacco per almeno 30 gg. prima dell'intervento di elezione.	NICE 2008 CDC 1999, A-II
Preparazione del paziente¹⁰	<u>Identificare</u> (negli interventi di elezione), e trattare tutte le infezioni non localizzate al sito chirurgico e rinviare gli interventi in pazienti infetti sino a risoluzione dell'infezione.	
	<u>Non eseguire di routine per ridurre il rischio di ISC:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la preparazione meccanica dell'intestino per ridurre il rischio di ISC. ▪ la decontaminazione nasale con agenti antimicrobici mirati ad eliminare lo <i>Staphylococcus aureus</i> (<i>la mupirocina è efficace a ridurre il rischio di infezioni da S. aureus, ma nei pazienti trattati comporta un aumento del tasso di incidenza delle infezioni sostenute da altri microrganismi (Van Rijen, Rev. Cochrane, 2008).</i> 	NICE 2008, 1+ SFHH 2004, E2; NICE 2008, 1+
Igiene	<u>Far effettuare ai pazienti</u> (o aiutarli ad effettuare) la doccia o il bagno, la sera prima o il giorno dell'intervento, utilizzando sapone. Lavare a fondo e pulire l'area dell'incisione chirurgica e intorno ad essa, per rimuovere la contaminazione grossolana, prima di eseguire la preparazione antisettica della cute. (<i>una revisione non sostiene l'efficacia della doccia con Clorexidina, ma sostiene l'efficacia della doccia con detergente. Webster, Rev. Cochrane, 2007).</i>	CDC 1999, IB; SFHH 2004, A; NICE 2008, +1
Tricotomia¹¹	<u>Non praticare la tricotomia</u> nel pre-operatorio, a meno che i peli, in corrispondenza o attorno al sito chirurgico, interferiscano con l'intervento; se necessaria praticarla il giorno dell'intervento, preferibilmente con clipper (entro 2 ore). Non effettuare la tricotomia con rasoio il giorno prima dell'intervento.	SFHH 2004, 1 B; NICE 2008, 1+
	<u>Se si utilizza</u> la crema depilatoria se ne raccomanda l'uso il giorno precedente all'intervento, dopo aver eseguito un test di sensibilità cutanea.	CDC1999, IA
Antisepsi di mani/braccia del team chirurgico	<u>Tenere le unghie</u> corte e non indossare unghie artificiali. Effettuare la preparazione chirurgica delle mani utilizzando antisettico appropriato. Sfregare mani e avambracci fino ai gomiti. Effettuare il lavaggio delle mani per il primo intervento. Prima di interventi successivi, le mani devono essere igienizzate, frizionando una soluzione alcolica o ricorrendo al lavaggio con una soluzione antisettica. Se le mani sono sporche devono essere lavate nuovamente con una soluzione antisettica.	CDC 1999, IB; NICE 2008, 1+
Gestione del personale infetto o contaminato	Educare e sostenere il personale dell'èquipe, che presenti segni o sintomi di un'infezione trasmissibile, a riferire tempestivamente il proprio stato di salute al proprio responsabile e al servizio di medicina preventiva.	CDC 1999, IB
Profilassi antibiotica	Nella maggior parte dei casi la profilassi antibiotica deve essere iniziata immediatamente prima delle manovre anestesiolgiche e comunque nei 30-60 minuti che precedono l'incisione della cute.	SNLG 2008, A

¹⁰ Opuscolo Informazioni per la preparazione all'intervento chirurgico

¹¹ Protocollo La tricotomia preoperatoria

7.2 Misure preventive intraoperatorie

ARGOMENTO	DESCRIZIONE	CATEGORIA
Sala operatoria	Tenere chiuse le porte della sala operatoria, fatta salva l'apertura per il passaggio di attrezzature, personale e pazienti.	CDC1999, IB
Gestione del paziente	Usare un appropriato agente antisettico per la preparazione della cute. Preparazione antisettica della cute in modo concentrico, dal centro verso la periferia del sito chirurgico. L'area preparata deve essere abbastanza estesa per poter allungare l'incisione, per crearne di nuove e per l'inserimento di drenaggi, se necessario. Rispettare il tempo di contatto dell'antisettico.	SFHH2004,B NICE 2008, 1+ Categoria II
	<u>Evitare l'ipotermia</u> del paziente e <u>non somministrare</u> di routine insulina ai pazienti non diabetici allo scopo di ottimizzare la glicemia post-operatoria. Controllare adeguatamente i livelli sierici di glucosio ematico in tutti i pazienti diabetici ed in particolare evitare l'iperglicemia perioperatoria. Mantenere un livello ottimale di ossigenazione durante l'intervento.	NICE 2008 CDC 1999, IB; SFHH 2004, A
Tecnica chirurgica	<u>Trattare i tessuti</u> in modo non traumatico, mantenere un'emostasi efficace; coprire l'incisione chirurgica con una medicazione traspirante alla fine dell'intervento. Ricorrere alla chiusura primaria ritardata, oppure lasciare la ferita aperta per una guarigione per seconda intenzione, se il chirurgo ritiene che la ferita sia fortemente contaminata. Se è necessario un drenaggio, utilizzare un sistema ad aspirazione chiuso; posizionare il drenaggio attraverso un'incisione separata e distante dall'incisione chirurgica.	Categoria IB
	<u>Prima della sutura</u> , non effettuare una re-disinfezione intraoperatoria della cute e non utilizzare antibiotico topico intraoperatorio nella chirurgia addominale per ridurre il rischio di ISC.	NICE 2008
	<u>Coprire</u> l'incisione chirurgica con un'appropriata medicazione traspirante alla fine dell'intervento	
Antisepsi del personale e utilizzo dei dispositivi	Rispettare i principi dell'asepsi; anche gli operatori che lavorano in stretta vicinanza del campo chirurgico sterile, devono attenersi a tali principi quando si posizionano i dispositivi intravascolari, cateteri per anestesia spinale o epidurale e durante la somministrazione dei farmaci. Montare i dispositivi sterili e preparare le soluzioni immediatamente prima dell'utilizzo.	NICE 2008 1+ KEY MEASURE
Abbigliamento e teli chirurgici	Indossare una mascherina chirurgica che copra completamente la bocca e il naso per tutta la durata dell'intervento. Indossare guanti sterili dopo la preparazione chirurgica delle mani e dopo avere indossato il camice sterile; sostituire la divisa chirurgica, se visibilmente sporca, contaminata e/o intrisa di sangue o altro materiale biologico. Non indossare copriscarpe come misura per prevenire le ISC.	CDC 1999, IB
	Non usare di routine telini adesivi impregnati con un disinfettante diverso da uno iodoforo sull'incisione, poiché possono aumentare il rischio di ISC. Se è necessario un telo adesivo da incisione utilizzare, se paziente non allergico allo iodio, telini impregnati di iodoforo.	NICE 2008
Pulizia e disinfezione delle superfici di lavoro	Quando, durante un intervento, le superfici ambientali o le attrezzature siano state visibilmente sporcate o contaminate con sangue o altri liquidi corporei, pulire le aree contaminate prima di iniziare l'intervento successivo, utilizzando un disinfettante ospedaliero appropriato. Non effettuare pulizie speciali o chiudere le sale operatorie dopo operazioni contaminate o sporche. I tappetini adesivi all'entrata delle sale operatorie o degli ambienti circostanti <u>non sono efficaci</u> per prevenire le infezioni del sito chirurgico e quindi non devono essere utilizzati.	CDC 1999,IB

7.3 Misure preventive postoperatorie

Il maggior numero di infezioni si determinano in fase intra-operatoria, tuttavia la contaminazione della ferita chirurgica può avvenire anche nel postoperatorio probabilmente a causa della mancata adesione all'asepsi nelle tecniche di medicazione, per utilizzo di materiale non sterile o esecuzione della medicazione in ambiente non protetto.

ARGOMENTO	DESCRIZIONE	CATEGORIA
Gestione della medicazione	<u>È buona pratica</u> mantenere la medicazione sterile, applicata in sala operatoria, per 24-48 ore successive al suo confezionamento, salvo diverse indicazioni. Anticipare la medicazione solo quando visibilmente sporca o bagnata di sangue, siero o altro materiale.	CDC 1999, IB
	Non utilizzare antibiotici topici nelle ferite chirurgiche che stanno rimarginando per prima intenzione. <u>Non utilizzare soluzione</u> antisettiche a base di mercurio per gestire le ferite chirurgiche che si stanno rimarginando per seconda intenzione.	NICE 2008 +1
	<u>Mantenere</u> una rigorosa asepsi per il cambio della medicazione. <u>Toccare la ferita</u> aperta o effettuata di recente indossando guanti sterili o adottando <u>una tecnica "no-touch"</u> . <u>Le medicazioni devono essere rimosse</u> se sono bagnate o se il paziente presenta sintomi che suggeriscano la presenza di un'infezione (febbre o dolore insolito localizzato alla ferita). Quando è rimossa la medicazione, la ferita deve essere ispezionata per rilevare eventuali segni di infezione. Qualunque drenaggio di una ferita che si sospetti essere infetta, deve essere sottoposto a coltura microbiologica.	CDC II CDC1999
Informazioni al paziente	<u>Informare il paziente che è possibile</u> effettuare una doccia già 48 ore dopo l'intervento chirurgico (vale per le medicazioni che guariscono per prima intenzione); se la medicazione si bagna deve essere sostituita subito dopo la doccia.	NICE 2008,+1
Sorveglianza	Un aumento nei tassi di incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche deve essere valutato attentamente e, nel caso si confermi l'esistenza di un'epidemia, è necessario avviare un'indagine epidemiologica.	III
	E' importante mantenere il contatto con i pazienti dimessi per determinare l'incidenza di infezioni nei 30 giorni dopo l'intervento.	Non classificato

8. BIBLIOGRAFIA

1. A system approach to preoperative surgical patient skin preparation. Am. J. Infection Control 32; 04; 2004.
2. Guidelines for prevention of surgical site infection, Center for Disease Control, 1999
3. WHO Guidelines for Safe Surgery: safe surgery saves lives, 2009
4. La prevenzione delle infezioni ospedaliere Procedure, linee guida, protocolli a cura di: P. Colasanti, L. Martini, B. Raffaele, M. Vizio, A.N.I.P.I.O. Carocci Faber Editore, 2004
5. Le medicazione della ferita chirurgica, Trattato di cure infermieristiche L. Saiani e A. Brugnolli ed. Sorbona, 2011
6. Ministero della salute, manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist-ottobre, 2009
7. Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - Agenzia sanitaria e Sociale regione Emilia Romagna, Progetto INF-OSS" CCM, 2010
8. Progress in the prevention of surgical site infection. Casey AL, Elliott TSJ. Curr Opin 22:370-375 Infect Dis, 2009
9. Prevenire le infezioni del sito chirurgico-manuale di formazione per il governo clinico: sicurezza dei pazienti e degli operatori; Ministero della Salute, 2012
10. Point of Prevalence Survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European hospital. ECDC. July, 2013
11. Procedure, protocolli e linee guida di assistenza infermieristica" di Spairani e La Valle -ANIN-. Editore Masson Milano, 2000
12. Sistema Nazionale Sorveglianza Infezioni del Sito chirurgico (SNIch) CCM Regione Emilia Romagna, 2011
13. Sistema Nazionale per le Linee Guida-Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto. Doc. 17, 2008
14. Surgical site infection prevention and treatment of surgical site infection. National Institute for Clinical Excellence(NICE); 2008
15. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals. Infection control and hospital Epidemiology, October 2008 vol.29, supplement 1 Anderson DJ, et al.; 29:S51-S61

Sitografia

www.evidencebasednursing.it

www.salute.gov.it