

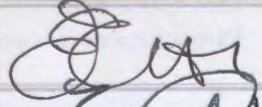
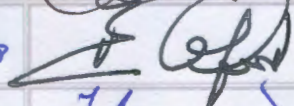
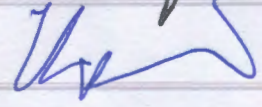
Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 1 di 16
---	---	--

P.O. 15

MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA

SINTESI DELLE MODIFICHE RISPETTO ALLA VERSIONE PRECEDENTE DELLA P.O. 15 - REV. 02 DEL 19/12/2009

Il presente protocollo, elaborato secondo la nuova organizzazione aziendale, sostituisce integralmente la precedente.

FASI	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDATTO	Dott.ssa E. Terlizzi	Coord. infermieristica U.O. Cardiologia 1 .	23/04/2018	
APPROVATO	Dott. E. Orsini	Direttore ff U.O. Cardiologia 1	26/04/2018	
EMESSO	Dott. S. Giuliani	Direttore U.O. Accreditamento e Qualità	24/05/2018	

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 2 di 16
---	--	---

La presente Rev.03 è stata aggiornata a cura di infermieri della U.O. Cardiologia 1

Francesca Fiorillo, Emanuela Pazienza, Andrea Rodi

Revisione editoriale a cura di:

- Dott.ssa Emilia Terlizzi, coordinatore infermieristico U.O. Cardiologia 1

La U.O. Professioni infermieristiche ed ostetriche ha provveduto ad effettuare la verifica di conformità, in relazione agli aspetti metodologici ed organizzativi del documento, rispetto a quanto previsto dagli specifici profili di competenza.

La U.O. Accreditamento e Qualità, in ottemperanza alla P.A. 01: ‘Gestione documentazione qualità’, ha provveduto ad effettuare:

- la verifica di conformità (requisiti attesi, codifica, congruità con la documentazione aziendale esistente);
- l’attivazione ed il coordinamento della ‘revisione editoriale’
- la convalida e l’attribuzione della codifica
- la raccolta delle firme per l’approvazione
- l’emissione e diffusione, con definizione lista di distribuzione
- l’archiviazione e la conservazione.

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 3 di 16
---	---	--

I N D I C E

1. PREMESSA	4
2. SCOPO ED OBIETTIVI.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. RESPONSABILITÀ	4
5. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI UTILIZZATE	5
6. DISINFETTANTI ANTISETTICI DETERGENTI.....	9
7. MODALITÀ OPERATIVE.....	10
7.1 Informazione, educazione e supporto psicologico al paziente	10
7.2 Registrazione attività relativa alla medicazione della ferita chirurgica	10
7.3 Dispositivi di protezione individuale	10
7.4 Modalità di medicazione della ferita chirurgica.....	10
7.4.1 Se la ferita presenta un drenaggio.....	13
7.4.2 Rimozione del drenaggio.....	14
7.4.3 Presenza di uno stimolatore endocavitario temporaneo.....	14
7.4.4 Presenza di cateterismo venoso centrale o periferico	15
8. COMPLICANZE	15
9. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ	15
10. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA	15

ALLEGATI

MODULI DI REGISTRAZIONE: T.	
T.01/P.O.15	Medicazione ferita chirurgica

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 4 di 16
---	--	---

1. PREMESSA

Il rischio di sviluppare infezioni del sito chirurgico (SSI) è legato, oltre che a fattori intrinseci del paziente anche alla appropriatezza delle misure preventive, alle tecniche e ai comportamenti seguiti durante l'intervento chirurgico e alla corretta gestione della ferita chirurgica nel post-operatorio.

Determinanti sono le attività assistenziali effettuate dall'infermiere quali la qualità della preparazione preoperatoria del paziente, sia in degenza che in sala operatoria, l'antisepsi della cute, l'adeguato trattamento dello strumentario chirurgico e dei dispositivi utilizzati, i comportamenti di tutto il personale mirati a mantenere l'igiene e l'antisepsi adeguata). Le infezioni chirurgiche rappresentano circa il 25% di tutte le infezioni che si verificano in ambito nosocomiale ed hanno rilevanti ripercussioni sulla diffusione delle resistenze batteriche e sui costi farmaceutici. L'indagine di prevalenza condotta negli ospedali della regione TOSCANA nel Novembre 2004 ha rilevato le infezioni del sito chirurgico posizionate al 4° posto di tutte le IO con un tasso del 16%. Si è quindi reso necessario procedere alla stesura di un P.O. sulla gestione della medicazione del sito chirurgico che prenda in esame aspetti relativi alla riduzione del rischio infettivo, al comfort e alla sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti.

2. SCOPO ED OBIETTIVI

Il presente protocollo intende fornire:

- ✓ indicazioni per prevenire le infezioni della ferita mantenendo l'asepsi durante il cambio della medicazione,
- ✓ uniformare i comportamenti per la gestione della medicazione della ferita chirurgica,
- ✓ indicazioni per la raccolta della documentazione clinica e/o infermieristica,
- ✓ le modalità di preparazione della cute: detersione, antisepsi e tricotomia.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo è applicato dal personale infermieristico nella U.O. Malattie Cardiovascolari 1 Univ. per la gestione di una ferita chirurgica.

4. RESPONSABILITÀ

La figura professionale responsabile della preparazione del paziente all'intervento chirurgico è l'**Infermiere** che valuterà, in base alle singole situazioni ed alle condizioni psicofisiche del paziente, se avvalersi dell'opera del **personale di supporto addetto all'assistenza** in autonomia o in collaborazione (vedi **D.M. 739/'94** "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"- Art.1, punto 3, lettera "f").

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 5 di 16
---	---	--

5. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI UTILIZZATE

Antisepsi	Arrestare o impedire la moltiplicazione di microrganismi (non se ne provoca però la morte)
Antisettico	Sostanza usata localmente su tessuti e organi viventi
Asepsi	Completa assenza di germi, insieme di norme e metodi che impediscono l'instaurarsi di un qualsiasi germe in ambienti od oggetti
CDC	Center for Disease Control and Prevention di Atlanta
Cicatrizzazione	L'insieme dei fenomeni biologici che porta alla riparazione della ferita e ciò può avvenire in due modi: ✓ Prima intenzione (rapidamente e senza essudazione) ✓ Seconda intenzione (lentamente con evidenti fenomeni essudativi o suppurativi)
Criteri di definizione dell'infezione del sito chirurgico	Il sistema NNIS (Nationa Nosocomial Infection Surveillance) del CDC (Center for Disease Control and Prevention) ha sviluppato criteri standardizzati per quanto riguarda la definizione di infezione del sito chirurgico. Secondo questi criteri vengono classificate come "infezioni dell'incisione" o come "infezioni di organo /spazio". Le infezioni dell'incisione vengono poi suddivise tra quelle che interessano solamente la pelle (infezione superficiale dell'incisione) e quelle che interessano i tessuti molli profondi (infezione profonda dell'incisione). Le infezioni organo/spazio interessano qualsiasi parte anatomica oltre gli strati di parete incisa.
Decontaminante	Clorexidina gluconato 0,50 e Alcool etilico D.S. (Neoxidina S): è una soluzione alcolica pronta all'uso ad azione decontaminante e detergente a base di Clorexidina ed Alcool etilico con pH vicino alla neutralità. Tale pH consente ai bis-biguanidi cationici di esercitare il massimo potere microbicide.
Disinfezione	Distruzione parziale di colonie batteriche (germi patogeni e non). È buona norma programmare l'attività di medicazione, prevedendo di iniziare con le medicazioni di ferite asettiche, per proseguire poi con quelle infette o sospette. Durante l'esecuzione della medicazione l'infermiere valuta con attenzione le condizioni della zona e la presenza di eventuali, e raccoglie eventuali sintomi riferiti dall'utente (es: dolore). Il momento della medicazione della ferita chirurgica è importante perché consente di educare il paziente alla gestione della stessa al proprio domicilio.
DM	Dispositivo Medico
Durata della degenza prima dell'intervento	E' importante limitare i tempi di degenza preoperatoria in quanto la cute del paziente viene progressivamente colonizzata da germi di origine nosocomiale.

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 6 di 16
---	---	--

Fattori di rischio che influenzano l'incidenza di infezione del sito chirurgico	A seconda del grado di contaminazione batterica e della conseguente incidenza di infezione postoperatoria, gli interventi sono suddivisi in quattro classi: <u>Puliti</u>: interventi nel corso dei quali non si hanno processi flogistici (non c'è violazione della continuità della mucosa respiratoria, intestinale e genito-urinaria) e in cui vengono rispettate le regole di asepsi in sala operatoria. <u>Puliti-contaminati</u>: viene violata la continuità della mucosa respiratoria, intestinale o genito-urinaria, ma non vi è perdita di materiale all'esterno. <u>Contaminati</u>: sono presenti segni di flogosi acuta (assenza di pus) o contaminazione della ferita. <u>Sporchi</u>: interventi effettuati in presenza di pus o su un viscere cavo precedentemente perforato o su ferite composte/aperte.
Ferita chirurgica	Lesione dei tessuti dovuta a mezzi fisici o meccanici che causa una soluzione di continuità del tessuto normale.
HICPAC	Hospital Infection control Practices Advisory Committee
Impianto di dispositivi medici	Aumenta il rischio di infezione chirurgica perché riduce le difese, infatti è sufficiente una carica batterica più bassa per causare infezione.
Infezione del sito chirurgico a livello di organo/spazio	Si manifesta entro 30 giorni dall'intervento, se non viene inserito impianto protesico, o entro un anno in presenza di impianto, è correlato all'intervento e coinvolge la sede di incisione e un qualsiasi distretto anatomico che sia aperto o manipolato nel corso dell'intervento. Deve avere almeno una delle seguenti caratteristiche: ✓ Secrezione purulenta proveniente da un drenaggio posto attraverso la ferita in corrispondenza dell'organo/spazio. ✓ Isolamento batterico da un prelievo asettico di fluido o tessuto proveniente dalla zona organo/spazio. ✓ Presenza di un ascesso che interessa l'organo/spazio ✓ Diagnosi di infezione del sito chirurgico fatta direttamente da un medico.
Infezione profonda dell'incisione chirurgica	Si manifesta entro 30 giorni dall'intervento, in assenza di impianto protesico, oppure entro 1 anno in presenza di impianto protesico. Coinvolge i tessuti molli profondi dell'incisione e deve avere almeno una delle seguenti caratteristiche: ✓ Secrezione purulenta dell'incisione profonda ma non dei componenti organo/spazio del sito chirurgico. ✓ Deiscenza spontanea di un'incisione profonda o revisione chirurgica con almeno uno dei seguenti segni: febbre >38°C, dolori localizzati o tensione, coltura positiva. ✓ Presenza di un ascesso che interessa la sede di incisione profonda. ✓ Diagnosi di infezione del sito chirurgico fatta direttamente da un medico.
Infezione superficiale dell'incisione chirurgica	Si manifesta entro 30 giorni dall'intervento chirurgico e deve avere almeno una delle seguenti caratteristiche: ✓ Secrezione purulenta dell'incisione superficiale. ✓ Isolamento di batteri da una coltura di fluido o tessuto proveniente dall'incisione. ✓ Presenza di almeno uno di questi segni d'infezione: dolore o tensione, gonfiore localizzato, arrossamento o calore. ✓ Diagnosi di infezione del sito chirurgico fatta direttamente dal medico.
IO	Infezioni Ospedaliere, altrimenti dette infezioni associate alle cure sanitarie

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 7 di 16
---	--	---

Malattie concomitanti	L'American Society of Anesthesiologists (ASA) ha ideato un punteggio di rischio preoperatorio basato sulla presenza di malattie concomitanti al momento dell'intervento: Punteggio ASA - Condizione fisica ✓ Paziente. ✓ Paziente con lieve malattia sistemica. ✓ Paziente con grave malattia sistemica che ne limita le attività ma non è invalidante. ✓ Paziente con malattia sistemica invalidante che causa continua minaccia di morte. ✓ Paziente moribondo con attesa di vita inferiore alle 24 ore con o senza intervento.
Medicazione della ferita chirurgica	Tecnica atta a verificare, curare e proteggere una lesione allo scopo di favorirne la riparazione e ricondurla allo stato di normalità. Si distingue in: ✓ Medicazione semplice: medicazione a più strati. Il primo copre la ferita e presenta uno spessore per raccogliere il materiale secreto. Il secondo strato di copertura, in materiale TNT, protegge le ferite dalla contaminazione esterna. ✓ Medicazione complessa: costituita da materiali a base di schiuma di poliuretano, idrocolloidi idrogel e alginati. Vengono usate nelle ferite croniche, successive a incisioni chirurgiche destinate a guarire per seconda intenzione.
Microbiologia	Batteri responsabili di infezioni del sito chirurgico: ✓ Staphylococcus aureus ✓ Stafilococchi coagulasi negativi ✓ Enterococchi ✓ Escherichia coli Batteri responsabili di infezioni del sito chirurgico in particolari sedi anatomiche: Chirurgia addominale ✓ Escherichia coli o altri enterobatteri ✓ Enterococchi ✓ Anaerobi Gram negativi Chirurgia protesica ✓ Stafilococchi coagulasi negativi ✓ Staphylococcus aureus
Misure di prevenzione dell'infezione del sito chirurgico	Sono tutte le misure di tipo comportamentale e assistenziale che determinano la prevenzione dell'infezione del sito chirurgico. Come riferimento sono state selezionate le Linee guida per la prevenzione dell'infezione del sito chirurgico, emanate dal <i>Center for Disease Control and Prevention (CDC)</i> emanate nel 1999. Si suddividono le misure preventive in: ✓ Misure preventive preoperatorie ✓ Misure preventive intraoperatorie ✓ Misure preventive postoperatorie

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 8 di 16
---	---	--

Misure preventive post operatorie	Le misure preventive postoperatorie comprendono: ✓ Medicazione della ferita chirurgica ✓ Medicazione del sito dei drenaggi ✓ Rimozione dei drenaggi Sebbene i primi segni di infezione appaiono durante la fase postoperatoria (4-10 giorni dopo l'intervento) la maggior parte di queste infezioni si determinano durante la fase intraoperatoria. Appena la ferita è stata suturata, si forma uno strato libero di fibrina gradualmente infiltrato da fibroblasti e collagene. Entro qualche ora questa struttura diventa inaccessibile all'ingresso dei batteri e, se la medicazione fatta in sala operatoria rimane intatta per le prime 48 ore, i batteri non penetrano facilmente nella ferita. La contaminazione della ferita può avvenire durante la degenza postoperatoria, se viene utilizzata una tecnica di medicazione inadeguata. L'infermiere ha un ruolo notevole nella prevenzione e/o nel diminuire il rischio di infezione della ferita chirurgica; vengono, pertanto individuate regole specifiche per la corretta gestione della ferita chirurgica.
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente alla Meticillina
Patogenesi	La contaminazione della ferita chirurgica è la condizione favorente l'infezione del sito chirurgico. Si distinguono: ✓ contaminazione endogena: i microrganismi isolati sono quelli presenti sulla cute e/o sulle mucose sede dell'intervento, ✓ contaminazione esogena: la contaminazione avviene da parte di microrganismi ambientali o comunque non provenienti dal paziente con cui vengono in contatto accidentalmente. Spesso si tratta di batteri provenienti dalla sala operatoria.
Pulizia	Asportazione di materiale estraneo, organico e non, da una superficie
Segni di infiammazione	Tumor, rubor, dolor, calor, functio lesa
Sepsi	Presenza di microrganismi patogeni che contaminano ambiente, oggetti, uomo
SSI	<i>Surgery Site Infection</i> , infezioni del sito chirurgico, infezioni della ferita chirurgica
Sterilizzazione	Distruzione totale di ogni forma di vita microbica, di virus e spore
UU.OO.	Unità Operative

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 9 di 16
---	---	--

6. DISINFETTANTI ANTISETTICI DETERGENTI

PRINCIPALI SOLUZIONI MEDICAMENTOSE IN USO	MODALITÀ D'USO
SOLUZIONE FISIOLÓGICA 0,9%	Viene impiegata per rimuovere la medicazione sporca quando questa aderisce alla ferita e per detergere una ferita che non presenta evidenti residui ematici.
ACQUA OSSIGENATA	Blando effetto. È diluita al 3% per la pulizia delle ferite. Conservata in recipienti chiusi e al riparo dalla luce perché questa ne favorisce la decomposizione.
CLOREXIDINA	Diluizione fino al 20%. Potente attività antiseptica, battericida a rapida azione (gram+, gram-, miceti, virus). Ha bassa tossicità, minimamente inattiva da sostanze organiche.
CLORO OSSIDANTE ELETTROLITICO	Viene impiegato per la disinfezione e pulizia della cute lesa (ferite, piaghe ed ustioni). Attivo su miceti, gram+, gram-, virus, spore di tetano e carbonchio, batteri alcaloacido resistenti. Viene decomposto dalla luce solare, ferro, rame, sostanze organiche e inorganiche.
COMPOSTI DELLO IODIO	Soluzione ad ampio spettro d'azione antimicrobica nei confronti dei miceti, batteri, virus, spore (non diminuisce in presenza di sostanze organiche). ▪ Soluzioni idroalcoliche di iodio su cute integra (possono causare fenomeni irritativi). ▪ Soluzioni acquose di iodio per piccole ferite e abrasioni (sono meno irritanti delle precedenti). ▪ Soluzioni acquose con detergente.
Gel idroalcolico per l'antisepsi delle mani (<i>Alcool etilico Denaturato Speciale</i>)	Il prodotto esplica attività biocida: è battericida, fungicida, tubercolicida, virucida ed inattiva i virus HIV, HBV, HCV e rotavirus.
Clorexidina gluconato sapone detergente	Si usa per la detersione delle mani dell'operatore e della cute del paziente prima di un intervento chirurgico.
Triclosan sapone detergente	Si usa per la detersione delle mani dell'operatore e della cute del paziente prima di un intervento chirurgico.

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 10 di 16
---	---	---

7. MODALITÀ OPERATIVE

Le presenti modalità operative si articolano nei seguenti paragrafi:

- 7.1 Informazione, educazione e supporto psicologico al paziente
- 7.2 Registrazione attività relativa alla medicazione della ferita chirurgica
- 7.3 Dispositivi di protezione individuale
- 7.4 Modalità di medicazione della ferita chirurgica
- 7.5 Informazione, educazione e supporto psicologico al paziente
- 7.6 Medicare il paziente in sala di medicazione
- 7.7 Far assumere al paziente una posizione confortevole garantendo una buona esposizione della ferita
- 7.8 Programmare le medicazioni partendo dalle pulite

7.1 Informazione, educazione e supporto psicologico al paziente

L'infermiere, procede a:

- ✓ Fornire informazioni generali al paziente su tutte le procedure assistenziali infermieristiche cui sarà sottoposto

7.2 Registrazione attività relativa alla medicazione della ferita chirurgica

Responsabile infermiere

Ogniquale volta la medicazione viene cambiata è doveroso annotare la sede, l'ora, le cure locali eseguite, la condizione della zona, le reazioni della pelle, le soluzioni e i medicinali usati ed eventuale sostituzione o rimozione del drenaggio, con annotazione in cartella infermieristica del contenuto del drenaggio sull'apposita modulistica (mod. 2105.28 all. H)

7.3 Dispositivi di protezione individuale

Indossare i DPI per proteggersi da eventuali schizzi e per garantire un livello igienico ottimale alla tecnica: camice non sterile, cappellino, mascherina, visiera o occhiali a mascherina.

7.4 Modalità di medicazione della ferita chirurgica

La medicazione deve:

- ✓ Assorbire eventuali essudati.
- ✓ Contribuire a mantenere i margini della ferita asciutta.
- ✓ Essere permeabile all'aria così che l'ossigeno possa raggiungere la ferita e permettere la granulazione.
- ✓ Non aderire alla ferita per non provocarne la riapertura al momento del cambio della medicazione.
- ✓ Il cambio deve essere effettuato:
 - ogni 48 ore,
 - ogni qualvolta risulta sporca, bagnata o staccata,
 - a discrezione medica.

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 11 di 16
---	---	---

l'infermiere deve verificare che il carrello sia completo di tutto il materiale sotto elencato, disposto sui ripiani e cassette disponibili evitando l'eccessivo assemblaggio. Il reintegro deve avvenire dopo ogni uso, e come descritto nei piani attività infermieristici. Il carrello delle medicazioni deve essere posto vicino al letto del paziente per prevenire eventuali contaminazioni ambientali. Il momento delle medicazioni avviene successivamente a quello delle cure igieniche, su biancheria pulita, per prevenire eventuali contaminazioni della ferita.

Nello smaltimento del materiale utilizzato viene applicata la P.A. 15.

Materiale del carrello medicazioni

- ✓ Telino cerato
- ✓ Telino di stoffa
- ✓ Telini sterili
- ✓ Mascherine monouso – cuffie monouso
- ✓ Camici monouso (nel caso la ferita sia infetta)
- ✓ Guanti monouso sanitari non sterili
- ✓ Guanti sterili
- ✓ Garze sterili
- ✓ Garze iodoformiche
- ✓ Garze grandi sterili
- ✓ Antibiotici locali
- ✓ Bende di varie misure
- ✓ Rete elasticqa
- ✓ Filo sutura /Set sutura
- ✓ Tamponi
- ✓ Cerotto di tela di varie misure
- ✓ Cerotto anallergico
- ✓ Cerotto TNT
- ✓ Rasoio monouso
- ✓ Bacinelle reniformi
- ✓ Provette per la raccolta di un tampone per eventuale coltura
- ✓ Contenitore rigido per smaltire gli aghi e taglienti
- ✓ Contenitore per smaltimento rifiuti infetti
- ✓ Contenitore per smaltimento rifiuti assimilati agli urbani
- ✓ Medicazioni trasparenti semipermeabili di varie misure
- ✓ Cerotto Steri-Strip
- ✓ Medicazioni preconfezionate sterili di varie misure
- ✓ Siringhe da 5 ml, 10 ml, 20 ml
- ✓ Aghi monouso G21 G25
- ✓ Anestetico locale.

Soluzioni disinfettanti e detergenti: (tra quelle a disposizione dell'azienda)

- ✓ Soluzione fisiologica 0.9%

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 12 di 16
---	---	---

- ✓ Soluzione acquosa di Cloroderivato allo 0.05%
- ✓ Soluzione acquosa di Iodiopovidone 10%

Ferri chirurgici

Sono sterilizzati in singole buste secondo procedura in uso nella AOUP (vedi PA. 16 procedura sterilizzazione ferri chirurgici).

Occorrono:

- ✓ Pinze anatomiche
- ✓ Pinze chirurgiche
- ✓ Forbici a punta smussa e non
- ✓ Bisturi sterili monouso
- ✓ Pinze ad anelli
- ✓ Klemmer

Se c'è necessità di togliere punti di sutura o agraffa

- ✓ Pinze di Michel (per agraffa)

Procedimento per eseguire la medicazione

1. In particolare nella nostra U.O. osserviamo la pratica di medicare prima le ferite di nuovi impianti di elettrostimolazione e poi quelle della sede di espanto.
2. Informare il paziente.
3. Far posizionare il paziente in modo adeguato.
4. Assicurarci che sia mantenuta la sua privacy e se necessita l'ausilio di paraventi.
5. L'infermiere verifica sulla Cartella Infermieristica le eventuali allergie del paziente (cerotti, lattice, soluzioni disinfettanti) e adotta comportamenti congrui ed appropriati al caso.
6. L'infermiere esegue il lavaggio antisettico delle mani (per i comportamenti da adottare concernenti il lavaggio delle mani si fa riferimento alla I.A. 12 in uso nella nostra Azienda).
7. Preparare il campo sterile su di un piano d'appoggio pulito (esempio: carrello) per permettere al materiale sterile di non essere inquinato.
8. Aprire le confezioni del materiale sterile e posizionarlo sul campo sterile.
9. L'operatore deve indossare la mascherina, il camice e la cuffia se necessitano.
10. Indossare guanti sanitari monouso o sterili in base al tipo di operazione che ci si accinge ad effettuare.
Raccomandazione: per rimuovere la medicazione sporca vengono impiegati guanti sanitari monouso non sterili; in seguito, per mantenere l'asepsi, è necessario indossare i guanti sterili ed usare ferri sterili.
11. Togliere i cerotti delicatamente, tirando verso la ferita con movimenti brevi e rapidi.
12. Rimuovere la medicazione sporca (se aderente alla ferita bagnarla con Soluzione Fisiologica 0.9% per evitare danni al tessuto di granulazione).
13. **Momento dell'osservazione:** si osserva lo stato di guarigione della ferita se vi sono delle alterazioni cutanee attorno alla sutura (vesciche, eritema, lesioni cutanee, ematoma, edema...); questo momento consente di attuare una corretta valutazione della ferita e procedere in maniera congrua nei successivi momenti della medicazione. Se la ferita si presenta indurita con dolore alla palpazione, calore, rossore, tumefazione ecc, avvisare il medico che stabilirà l'idonea terapia antibiotica. Secondo le evidenze scientifiche per la cura delle ferite infette è preferibile usare

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 13 di 16
---	---	---

antibiotici per via sistemica, piuttosto che localmente. Per quanto riguarda l'aspetto preventivo, la profilassi antibiotica va eseguita solo quando indicato e per via endovenosa, in modo che i livelli sierici dell'antibiotico siano ottimali al momento dell'incisione.

14. Smaltire i guanti e la medicazione nel contenitore dei rifiuti a rischio infettivo.
15. Eseguire il lavaggio antisettico delle mani e indossare i guanti sanitari monouso o sterili in base al tipo di ferita per effettuare la medicazione.
16. Disinfettare con soluzione idonea dalla parte meno contaminata a quella più contaminata, utilizzando garze sterili imbevute di antisettico in numero adeguato, attuando una tecnica asettica.
17. Posizionare copertura sterile a misura della ferita, possono essere usate le medicazioni preconfezionate Soffix-Med che sono: **anti-aderenti, traspiranti, multiestensibili ed altamente assorbenti**; la pellicola microforata non si attacca alla ferita, per una rimozione indolore. *L'evidenza scientifica ci insegna che i principali fattori che favoriscono la guarigione delle ferite sono: buon grado di umidità, temperatura sui 37°C, pulizia e buono stato di ossigenazione.*
18. Riposizionamento del paziente e lavaggio mani.
19. Riordinare e smaltire correttamente tutto il materiale usato e procedere alla decontaminazione dei ferri chirurgici (vedi P.A. 16).
20. Ogniqualvolta la medicazione viene cambiata annotare la sede, l'ora, le cure locali eseguite, la condizione della zona, le reazioni della pelle, le soluzioni e i medicinali usati sull'apposita modulo della cartella infermieristica.

7.4.1 Se la ferita presenta un drenaggio

- ✓ Informare il paziente, se cosciente, sulla presenza di un sistema di drenaggio e sull'importanza di non compiere alcuna manovra autonoma sullo stesso. Osservare il punto di drenaggio per rilevare eventuali segni d'infezione. Verificare la pervietà del drenaggio ed evitare che si realizzino angolature, strozzature, ristagno di liquidi e tappi di fibrina.
- ✓ Praticare il lavaggio antisettico delle mani (I.A. 12).
- ✓ Indossare guanti monouso sterili.
- ✓ Medicare il punto di fuoriuscita del drenaggio con tecnica asettica avendo cura di coprirlo con medicazione pronta separata da quella della ferita chirurgica (ove possibile), questo perché la presenza di un collegamento tra la cavità drenata e l'ambiente esterno aumenta la possibilità di infezione e macerazione ed anche perché può essere necessario rinnovare la medicazione del drenaggio con maggiore frequenza rispetto a quella della ferita chirurgica (es. se il sito di fuoriuscita presenta perdite ematiche).
- ✓ Per la disinfezione si inizia dal punto di inserzione e si procede verso l'esterno.
- ✓ Disinnescare il sistema aiutandosi con garze sterili.
- ✓ Collegare, con tecnica asettica in nuovo raccoglitore di drenaggio sempre sterile.
- ✓ Il raccoglitore delle secrezioni drenate deve essere sterile, in aspirazione e tenuto al di sotto del livello della ferita, per evitare il reflusso dei fluidi drenati che vengono colonizzati molto velocemente dai batteri.

7.4.2 Rimozione del drenaggio

Personale coinvolto: un medico e un infermiere per drenaggi pleurici pericardici etc..
L'infermiere provvede a:

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 14 di 16
---	---	---

- ✓ Informare il paziente, se cosciente, sulle manovre che verranno eseguite.
- ✓ Posizionare il paziente in modo da evidenziare il sito chirurgico e/o di inserzione.
- ✓ Effettuare il lavaggio antisettico delle mani (I.A. 12).
- ✓ Indossare guanti sanitari monouso non sterili.
- ✓ Controllare la pervietà dei drenaggi e/o la presenza di coaguli effettuando la mungitura dei tubi.
- ✓ Rimuovere la medicazione.
- ✓ Fornire i guanti sterili al medico e aprire le confezioni dei ferri chirurgici sterili.
- ✓ Assistere il medico nelle manovre di disinfezione della ferita e del sito di inserzione del drenaggio.
- ✓ Assistere il medico nella rimozione seguendo le sue indicazioni per l'uso delle clamps.
- ✓ A rimozione avvenuta smaltire i tubi rimossi nell'apposito contenitore per rifiuti speciali.
- ✓ Togliere i guanti monouso non sterili e dopo aver eseguito il lavaggio antisettico delle mani indossare i guanti sterili.
- ✓ Procedere alla medicazione a piatto del sito chirurgico e del punto di inserzione del drenaggio (aiutato da un infermiere).
- ✓ Riposizionare il paziente.
- ✓ Smaltire i rifiuti secondo P.A. 15.
- ✓ Procedere con la decontaminazione dei ferri chirurgici (vedi P.A. 16).
- ✓ Rimuovere i guanti ed eseguire il lavaggio antisettico delle mani.
- ✓ Ripristinare il materiale utilizzato e riordinare il carrello.

In caso di drenaggi semplici la rimozione viene eseguita dall'infermiere, coadiuvato da un collega o da un operatore di supporto, seguendo la procedura per la medicazione della ferita CHIRURGICA.

7.4.3 Presenza di uno stimolatore endocavitario temporaneo

- ✓ Medicazione dell'introduttore come da protocollo ed applicazione di medicazione Biocclusive che consente l'ispezione continua del sito di puntura da parte di tutto il personale di assistenza.
- ✓ Controllo del corretto fissaggio alla cute della porzione esterna dell'elettrocattetero mediante cerotto telato. Il cerotto telato viene posizionato sulla cute, sopra viene adagiato l'elettrocattetero il quale viene fermato ancora con del cerotto telato, con una sorta di "tunnellizzazione esterna", questa tecnica consente un fissaggio sicuro ed evita decubiti. Nell'esecuzione della medicazione si deve avere l'accortezza di lasciare scoperta la porzione distale dell'introduttore per poter procedere in maniera tempestiva al riposizionamento di un nuovo elettrocattetero, in caso di una eventuale dislocazione accidentale dello stesso.
- ✓ Osservazione del paziente: se si presenta diaforetico, se il cerotto telato è umido e tende a staccarsi e pertanto deve essere sostituito, è necessaria la presenza di due operatori; il primo, monitorando l'ECG, ancora manualmente l'elettrocattetero alla porzione distale dell'introduttore per evitarne la dislocazione; il secondo operatore sostituisce il cerotto telato come specificato in precedenza. Per maggiore sicurezza può essere applicato del Coban come fissazione supplementare, ove possibile.
- ✓ Controllo periodico della temperatura corporea: il rischio di infezioni è direttamente proporzionale ai giorni che il paziente porta lo stimolatore cardiaco provvisorio.

7.4.4 Presenza di cateterismo venoso centrale o periferico

Se la persona assistita presenta un cateterismo venoso centrale o periferico fare riferimento ai protocolli P.O. 11 e 12.

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 15 di 16
---	---	---

8. COMPLICANZE

- ✓ Infezione della ferita: eseguire un tampone e/o un prelievo per la coltura e per l'antibiogramma. Avvisare il medico.
- ✓ Deiscenza dei punti di sutura: mettere il paziente in posizione supina, coprire con medicazione sterile, avvisare il medico.
- ✓ Ematoma della ferita: occorre circoscrivere con una penna la macchia di sangue sulla medicazione per poi osservare una eventuale estensione, informare il medico.
- ✓ Emorragia della ferita: se l'emorragia è abbondante chiamare il medico (se è massiva si eseguirà in seguito una medicazione compressiva).
- ✓ Febbre del paziente: informare il medico e seguire la I.O. 03.

9. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ

L'aggiornamento del presente protocollo operativo è consequenziale al mutamento delle norme nazionali, regionali o etico-professionali o in occasione di mutamenti di indirizzo proposti da norme, regolamenti ed indicazioni tecniche degli organismi scientifici nazionali ed internazionali o in occasione di mutamenti delle strategie, delle politiche complessive e delle esigenze organizzative aziendali. Si precisa che, ad ogni modo, la revisione va effettuata almeno ogni 3 anni.

10. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA

1. Estratto da CDC di Atlanta: Guida alla prevenzione delle infezioni delle ferite chirurgiche
2. L'assistenza infermieristica: principi e tecniche. Dal Nursing di base alle specialità. Edizioni Sorbona M. Hoffman, W. Rambe, G. Mantovani, G. Capella "Il cuore: assistenza al paziente cardiologico" Ed Sorbona Milano 1996
3. Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze "Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica" a cura di Claudio Spairani, Tiziana Lavallo; Ed. Masson, Milano 2000
4. BRUNNER SUDDARTH "Nursing medico-chirurgico" Milano: CEA 1995
5. Ippolito G. Petrosillo N. "Prevenzione delle infezioni e sicurezza delle procedure" Roma: Il pensiero scientifico Editore, 1997
6. Center for disease Control and Prevention Draft guideline for the prevention of surgical site Infection. 1998, Notice, Atlanta, USA.
7. Chiari P., Mosci D., Naldi E. ed il Centro Studi EBN "L'infermieristica basata su prove di efficacia" Milano Mc Graw Hill 2006
8. Alicia J. Mangram, MD et al. – Linee guida sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico 1999 – Mediserve
9. Audit delle misure di controllo delle infezioni postoperatorie in Emilia Romagna. Dossier 116 – 2005
10. Barbara Kozier – Glenora Erb Testo Atlante di Assistenza e tecnica infermieristica III° ed. – Roma 1995
11. Berwick, D.M, Calkins, D. R., MC Cannon, C. J., Hackbart, A.D. The 100.000 Lives Campaign :setting a Goal and Deadline for improving health Care Quality. JAMA 295: 324 – 327, 2006
12. CDC – Center for Disease Control. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/IDSA Hand hygiene Task Force. MMWR, 51,2002

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI Cardio-toraco-vascolare U.O. Cardiologia 1	PROTOCOLLO OPERATIVO MEDICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	0801 P.O. 15 Rev. 03 Pag. 16 di 16
---	---	---

13. CDC – Center for Disease Control. Linee Guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, 1999. Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere, 6 (4), ottobre – dicembre 1999
14. Classen DC, Evans RS, Pestotnik SL, Horn SD, Menlove RL, Burke JP. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. N England J Med 1992; 326: 281-6
15. Cyrus F. Parsa, Andrew E. Luchey, Nicolas V. et al. Risk stratification, preoperative testing, and operative planning. ACS Surgery: Principles and Practice. 2004
16. Dellinger E.P. Preventing Surgical Site infections: the importance of timing and glucose control. Infect Control Hosp Epidemiol, 22(10): 604-606, 2001
17. Dellinger E.P. Increasing Inspired Oxygen to Decrease Surgical Site Infections: Time to Shift the Quality Improvement Research Paradigm. JAMA 294: 2035 – 2042, 2005
18. Gayness R.P., Culver D.H., Horan T. C., Edwards J.R., Richgards C., Tolson J.S. and the National Nosocomial Infections Surveillance System. Surgical Site Infection (SSI) rates in the United States, 1992 – 1998: the National Nosocomial Infections Surveillance System Basic SSI Risk Index. Clin Infect Dis, 33 (suppl 2) .569 -577, 2001
19. Gottrup, F. Prevention of Surgical – Wound Infections. NEJM 342: 202 – 204, 2000
20. Hofer, C.K., Worn M.; Tavakoli R., Sander L., Maloigne M., Klaghofer R., Zollinger A. influence of body care temperature and blood loss and transfusion requirements during off pump coronary artery bypassgrafting: a comparison of 3 warming system. J. Thoracic Cardiovasc. Surg. 129: 838 – 843, 2005
21. Institute for Healthcare Improvement (IHI). 100.000 Lives Campaign – How to Guide: Prevent Surgical Site Infection 2005
22. K.O. Pryor, T.J. Fahey III, C.A. Goldstein. Surgical Site Infection and the Routine Use of Perioperative Hyperoxia in a General Surgical Population: A Randomized Controlled Trials. JAMA, January 7, 2004; 291(1) : 79 – 87
23. M. Luisa Moro – Infezioni Ospedaliere. Prevenzione e controllo – Centro Scientifico Editore
24. Malone DI., Genult T., Tracy JK., Gannon C., Napoletano L.M. Surgical Site Infections: reanalysis of risk factors. J. Surg Res.
25. Centro EBN Sant'Orsola Malpighi Bologna.
26. L.G.A.02 Linea Guida aziendale per la preparazione del paziente all'intervento chirurgico USL 3 PISTOIA
27. Zona Valdinievole Presidio Ospedaliero di Pescia Procedura di Presidio per la medicazione della ferita chirurgica I.P.DS.15
28. Berwick DM, Calkins DR, Mc C annon CJ, Hackbarth AD:. The 100.000 Lives Campaign: Setting a Goal and a Deadline for Improving health Care Quality. J AMA 295: 324 -327, 2006
29. Audit delle misure di controllo delle infezioni postoperatorie in Emilia Romagna, Dossier 116-2005
30. Berwick DM, Calkins DR, Mc C annon CJ, Hackbarth AD:. The 100.000 Lives Campaign: Setting a Goal and a Deadline for Improving health Care Quality. J AMA 295: 324 -327, 2006

Az. Osp. – Univ. Pisana DAI CTV U.O. Cardiologia 1	MODULO DI REGISTRAZIONE MEDICAZIONE FERITE CHIRURGICHE	0801 T.01/P.O.15 Rev. 01 del 09/01/2018 Pag. 1 di 1
--	---	--

COGNOME NOME		N.
	<i>DATA</i>	
MEDICAZIONE INSERZIONE IMPIANTO	PULITA	
	ESSUDATO	
	PUS	
	DEISCENZA	
	EMATOMA	
	EMORRAGIA	
	TAMPONE	
	EVISCERAZIONE	
FIRMA INF		
MEDICAZIONE CARDIO- CHIRURGICA	PULITA	
	ESSUDATO	
	PUS	
	DEISCENZA	
	EMATOMA	
	EMORRAGIA	
	TAMPONE	
	EVISCERAZIONE	
FIRMA INF		
MEDICAZIO NE CON DRENAGGIO	PULITA	
	ESSUDATO	
	PUS	
	DEISCENZA	
	EMATOMA	
	EMORRAGIA	
	TAMPONE	
	EVISCERAZIONE	
FIRMA INF		
_____ _____	PULITA	
	ESSUDATO	
	PUS	
	DEISCENZA	
	EMATOMA	
	EMORRAGIA	
	TAMPONE	
	EVISCERAZIONE	
FIRMA INF		

Legenda: segnalare con una crocetta (X) l'attività