

6 - MIDWIFERY PERIOPERATORIO parte 1

1

OST. DOTT.SSA LILIANA DI NICOLANTONIO

Midwifery perioperatorio

2

- Il midwifery perioperatorio è l'insieme delle attività che l'ostetrica/o mette in atto nelle fasi che:
 - precedono l'intervento chirurgico (fase pre-operatoria)
 - lo accompagnano (fase intraoperatoria)
 - che lo seguono (fase post-operatoria)
- Il midwifery perioperatorio richiede conoscenze, abilità tecniche, creatività, leadership, eccellenti capacità di comunicazione
- L'ostetrica per rispondere alla complessità dei bisogni della pz. deve continuamente aggiornare le sue conoscenze ed abilità

Fasi perioperatorie

3

- **FASE PRE-OPERATORIA:**
 - Inizia con la pianificazione dell'intervento
 - Si conclude quando la pz. viene trasferita in sala operatoria
- **FASE INTRAOPERATORIA:**
 - Inizia quando la pz. entra in sala operatoria
 - Termina quando la pz. viene trasferita in sala di risveglio
- **FASE POST-OPERATORIA:**
 - Inizia con il risveglio della pz.
 - Termina quando il processo di guarigione ha avuto luogo
 - La durata perciò è variabile a seconda del tipo di intervento

CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI

4

- **FINALITA':**

- Intervento diagnostico o esplorativo
- Curativo:
 - ✦ Ablativo
 - ✦ Ricostruttivo
 - ✦ Palliativo

- **RISCHIO OPERATORIO:**

- **Grande chirurgia:** rischio elevato a causa dell'associazione di più fattori quali compromissione organi, possibili eventi emorragici, complicanze, durata dell'intervento etc.
- **Piccola chirurgia:** interventi non complicati, di breve durata, minima perdita ematica etc.
- **Chirurgia d'urgenza:** al fine di salvare la vita o preservare l'organo

CONCETTO DI RISCHIO

5

- Il rischio è definito come combinazione di probabilità e di gravità (severità) di possibili lesioni o danni alla salute, in una situazione pericolosa;
- la valutazione del rischio consiste nella valutazione globale di tali probabilità e gravità allo scopo di scegliere le adeguate misure di sicurezza.

$$\star R = P \times Vu \times Val$$

P = probabilità (che un fenomeno accada)

Vu = vulnerabilità (capacità di sopportare determinati effetti)

Val = valore (in termini di vite umane, economico etc.)

Classificazione ASA (American Society of Anesthesiologist) dello stato fisico pre-operatorio

6

ASA I	PAZIENTE SANO
ASA II	Pz. con patologia sistemica lieve (es. diabete compensato senza complicanze, ipertensione arteriosa sotto controllo farmacologico, asma, obesità modesta)
ASA III	Pz. con grave malattia sistemica che ne limita le attività (es. pregresso IMA, broncopneumopatie croniche)
ASA IV	Pz. con malattia invalidante, in costante pericolo di vita (per es. insufficienza cardiaca, insufficienza renale)
ASA V	Pz. moribondo, con sopravvivenza non superiore alle 24 ore (per es. rottura di aneurisma, trauma cranico con ipertensione endocranica)

ACCESSI CHIRURGICI ADDOMINALI TRASVERSALI

7

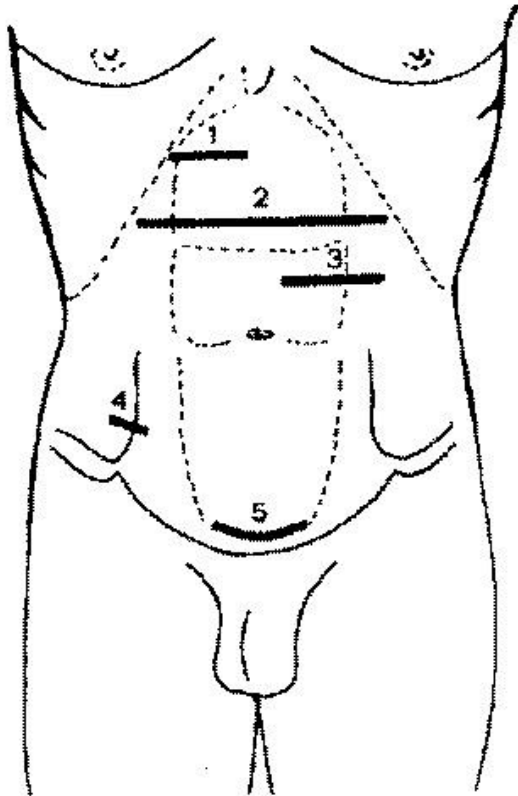
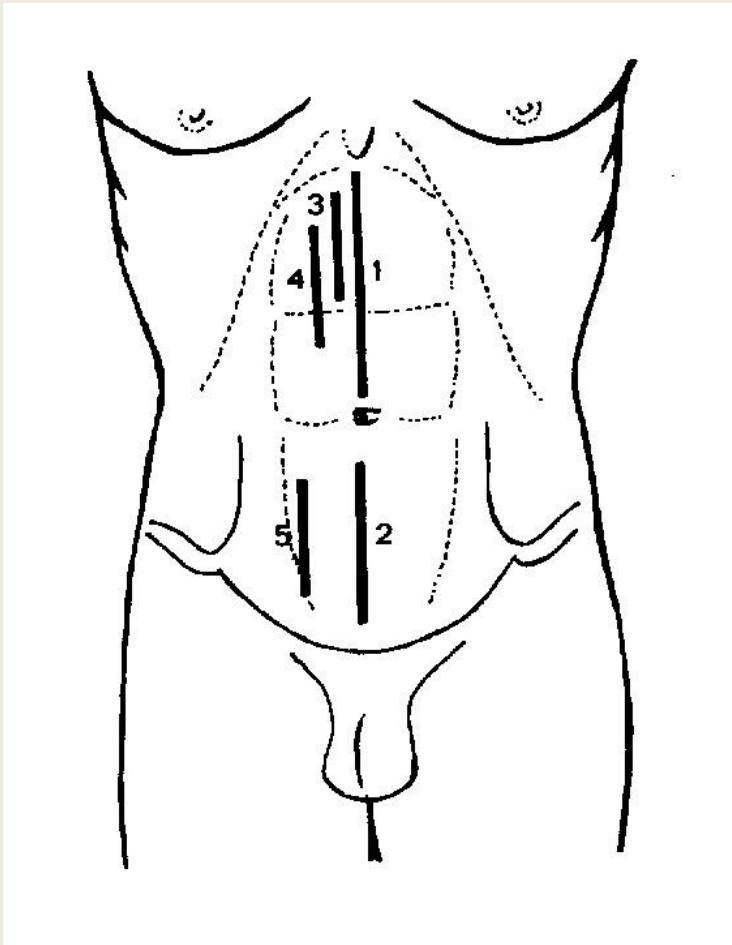


Fig. 5 Principali linee di incisione trasversale: 1) laparotomia trasversale superiore; 2) laparotomia trasversale costo-costale; 3) laparotomia trasversale inferiore; 4) laparotomia trasversale estetica per appendice; 5) incisione di Pfannenstiel.

- 1) Laparotomia trasversale superiore
- 2) laparotomia trasversale costo-costale
- 3) laparotomia trasversale inferiore
- 4) laparotomia trasversale estetica per appendice
- 5) incisione di Pfannenstiel

ACCESSI CHIRURGICI ADDOMINALI LONGITUDINALI

8



- 1) mediana xifo ombelicale
- 2) mediana ombelico pubica
- 3) paramediana
- 4) transrettale
- 5) pararettale

ASSISTENZA PRE OPERATORIA

9

- Informazione preoperatoria
- Doccia pre operatoria
- Detersione e disinfezione del sito chirurgico
- Tricotomia pre operatoria
- Digiuno pre operatorio
- Preparazione intestinale
- Lavanda vaginale
- Prevenzione T.V.P
- Profilassi antibiotica
- Assistenza ostetrica

INFORMAZIONE PRE OPERATORIA

10

- Una buona informazione preoperatoria ha dimostrato diversi esiti positivi per il paziente:
 - Riduzione dei tempi di degenza post-operatoria
 - Riduzione della paura e dell'ansia
 - Riduzione dello stress psicologico e del dolore
 - Aumento della collaborazione allo svolgimento delle attività prescritte
 - Soddisfazione
 - Abilità nella gestione in autonomia dei farmaci, uso analgesici, recupero fisico
 - Autonomia di movimento
 - Preparazione alla dimissione

RIDUZIONE DELL'ANSIA PRE OPERATORIA

11

- L'ansia e lo stress emotivo possono dipendere da diversi motivi, in base alla personalità dell'individuo, alle sue risorse, al tipo di intervento:
 - Percezione della perdita della propria fertilità
 - Perdita o modificazione del proprio immaginario corporeo
 - Perdita del ruolo
 - Perdita della sessualità
 - Paura del dolore
 - Disagio
 - Paura di morire

INFORMAZIONE PRE OPERATORIA

12

- **OPUSCOLI INFORMATIVI:** sono risultati più efficaci se consegnati prima del ricovero e/o se preparati specificamente per la procedura chirurgica che verrà svolta
- **USO DI VIDEO:** l'efficacia nell'educazione pre-operatoria delle pz. è limitata. I risultati sull'efficacia risultano discordi
- **COLLOQUIO INFORMATIVO:** è maggiormente efficace in fase pre-ricovero, meno in termini di conoscenza per la pz. nella fase post-ammissione
- **INCONTRI INFORMATIVI DI GRUPPO:** efficaci quanto gli incontri individuali, possono ridurre il tempo necessario all'acquisizione delle abilità richieste. Il gruppo può essere una risorsa in termini di condivisione e facilitazione ad esprimere i propri dubbi.

DOCCIA PRE OPERATORIA

13

- L'esecuzione di una doccia o di un bagno pre-operatorio può essere utile per ridurre la colonizzazione microbica della cute
- Non riduce tuttavia l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica
- I prodotti a base di *clorexidina* gluconato richiedono diverse applicazioni per ottenere il massimo effetto antimicrobico

DETERSIONE E DISINFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

14

- Per la preparazione pre-operatoria della cute si utilizzano diversi agenti antisettici:
 - Agenti iodofori (es. iodo-povidone): in assenza di sangue o proteine plasmatiche azione batteriostatica sulla cute per tutto il tempo della loro permanenza
 - Prodotti contenenti alcool tra il 70% e il 92%(infiammabile!): immediatamente attivi, poco costosi
 - Prodotti contenenti clorexidina gluconato: non sono inattivati dalla presenza di sangue o proteine plasmatiche inattiva

DETERSIONE E DISINFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

15

- Preparazione della cute:
 - Detersione accurata rimuovendo sporco e materiale organico
 - Applicazione dell'antisettico a cerchi concentrici iniziando dall'area che sarà interessata dall'incisione
 - l'area disinfettata dovrà essere ampia da comprendere l'incisione ed eventuali altri punti di accesso (compresi eventuali drenaggi)

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

16

CATEGORIA I A	<ul style="list-style-type: none">• Implementazione fortemente raccomandata;• raccomandazione supportata da studi sperimentali, clinici o epidemiologici ben disegnati.
CATEGORIA I B	<ul style="list-style-type: none">• implementazione fortemente raccomandata;• raccomandazione supportata da alcuni studi sperimentali, clinici o epidemiologici;• Forte rationale teorico.
CATEGORIA II	<ul style="list-style-type: none">• Implementazione suggerita;• raccomandazione supportata da studi clinici od epidemiologici suggestivi o da razionali teorici.
MANCANZA DI RACCOMANDAZIONI PROBLEMA IRRISOLTO	Pratiche per le quali esistono insufficienti evidenze o non esistono sufficienti consensi.

RACCOMANDAZIONI

Guideline for prevention of Surgical Site Infection,
1999 CDC

17

- 1) Richiedere che le pz. eseguano la doccia o il bagno pre-operatorio utilizzando un agente antisettico, almeno la notte prima dell'intervento (Cat. IB)
- 2) Pulire e lavare a fondo la regione dell'intervento e quella circostante prima di procedere alla preparazione antisettica della cute (Cat. IB)
- 3) Utilizzare un antisettico appropriato per la preparazione della cute (Cat. IB)
- 4) Praticare la preparazione della cute in modo concentrico muovendosi dal centro verso la periferia (Cat. II)

TRICOTOMIA PRE-OPERATORIA

18

- La sua efficacia per la prevenzione delle infezioni chirurgiche, nonostante l'ampio utilizzo, non è supportata dalle evidenze
- Alcuni studi al contrario dimostrano che tale pratica se effettuata mediante rasoi ne aumentano l'incidenza (microlesioni cutanee con successiva colonizzazione da parte di organismi favorenti l'infezione)

RACCOMANDAZIONI

The Johanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

19

RASATURA VS NON RASATURA	Al fine di diminuire il rischio di infezione della ferita chirurgica, laddove possibile, è preferibile procedere alla chirurgia senza eseguire tricotomia piuttosto che usare rasoi a lametta (Cat. I B)
RASATURA VS L'USO DI TAGLIACAPELLI	Qualora necessaria, lo strumento preferibile per eseguire la tricotomia al fine di prevenire il rischio infettivo della ferita chirurgica è il tagliacapelli (Cat. I A)
RASATURA VS DEPILAZIONE	In pz. Sottoposte a chirurgia pulita addominale la depilazione, mediante l'uso di creme o saponi depilatori, è preferibile alla rasatura a lametta al fine di ridurre il rischio d'infezione della ferita chirurgica (Cat. I B)
TEMPISTICA DELLA TRICOTOMIA PREOPERATORIA	Al fine di prevenire il rischio di infezione della ferita chirurgica, la tricotomia con tagliacapelli deve essere eseguita entro il più breve tempo possibile dall'intervento chirurgico, preferibilmente meno di 2 ore prima (Cat. I B)

DIGIUNO PRE-OPERATORIO

20

- Il digiuno da solidi e liquidi prima dell'anestesia generale è considerato di fondamentale importanza per la sicurezza della pz.:
 - Ridurre il rischio di rigurgito del contenuto gastrico conseguente alla riduzione dello stimolo della tosse e della deglutizione (depressione dei riflessi faringo-laringei)
 - Prevenzione polmonite ab ingestis conseguente all'aspirazione del contenuto gastrico rigurgitato

PERSONE A RISCHIO DI ASPIRAZIONE

21

- Persone con patologie della motilità gastrica
- Ostruzione pilorica
- Reflusso gastro esofageo
- Gastroparesi diabetica
- Obesità
- Donne nelle prime ore dopo il parto

NELLE PERSONE NON A RISCHIO NON E'
GIUSTIFICATA LA PRATICA DEL DIGIUNO
TOTALE DA SOLIDI E LIQUIDI DALLA
MEZZANOTTE

RACCOMANDAZIONI

22

Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration, American Society of Anesthesiologists

- Non ci sono evidenze che l'assunzione di liquidi 2 o 3 ore prima dell'intervento ponga la pz. a più alto rischio di complicanze rispetto alle pz. che seguono un regime di digiuno standard (digiuno dalla mezzanotte)
- Bere nel periodo preoperatorio riduce l'esperienza di sete e non espone ad aumentati rischi di rigurgito o aspirazione
- E' raccomandata perciò l'assunzione di liquidi chiari (acqua, succo di frutta senza polpa, tea chiaro e caffè nero) fino a 2 ore prima dell'intervento oppure 150 ml di liquidi chiari fino ad 1 h. prima dell'intervento per l'assunzione dei farmaci per os.
- Il volume del liquido ingerito è meno importante del tipo di liquido

RACCOMANDAZIONI

23

- **Assunzione preoperatoria di farmaci stimolanti la peristalsi gastrointestinale:**
Non è raccomandato l'uso routinario nelle pz. che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico
- **Assunzione preoperatoria di farmaci bloccanti la secrezione gastrica:**
Non è raccomandato l'uso routinario nelle pz. che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico
- **Assunzione preoperatoria di farmaci antiacidi:**
Non è raccomandato l'uso routinario nelle pz. che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico
- **Assunzione preoperatoria di farmaci antiemetici:**
Non è raccomandato l'uso routinario nelle pz. che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico
- **Assunzione preoperatoria di farmaci anticolinergici:**
Non è raccomandato l'uso
- **Assunzione preoperatoria di combinazioni di farmaci:**
Non è raccomandato l'uso routinario nelle pz. che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico

PREPARAZIONE INTESTINALE

24

- La preparazione intestinale non è raccomandata per tutti i tipi di intervento.
- E' indicato svuotare l'intestino o l'ampolla rettale quando:
 - l'intervento o la condizione clinica del paziente possa ostacolare o rendere dolorosa l'evacuazione post operatoria (immobilità, suture, pazienti stitici, anziani eccetera);
 - l'intervento viene eseguito in aree prossimali all'ampolla rettale o alle anse intestinali;
 - si prevede un uso prolungato di oppioidi nel periodo post operatorio;
 - il paziente ha un'insufficienza respiratoria medio-grave tale da limitare il consumo di ossigeno necessario allo sforzo per l'evacuazione

PREPARAZIONE INTESTINALE

25

- L'anestesia determina un rallentamento della peristalsi il cui effetto si risolve in 9-12 ore.
 - Clisma evacuativo: Quantità 500-2000 ml.
 - ✦ E' una pratica quasi del tutto abbandonata
 - Somministrazione di sale amaro per tutte le vie chirurgiche.

LAVANDA VAGINALE

26

- Irrigazione diretta di acqua corrente con o senza sostanze medicamentose nella cavità vaginale.
- Viene prescritta per la detersione/disinfezione della vagina in caso di infezioni micotiche o batteriche
- **Il giorno precedente l'intervento chirurgico ha lo scopo di favorire la disinfezione della mucosa vaginale.**
- Risulta di difficile esecuzione in caso di prolasso uterino e nella pz. virgo

LAVANDA VAGINALE

Materiale occorrente

27

- Guanti Monouso
- Padella
- Irrigatore
- Asta di supporto
- Soluzione Detergente/Antisettica (250 ml) - in alternativa soluzione già pronta
- Nelaton (Ch 14 – 18)
- Falde di cotone Idrofilo/garze
- Assorbente Igienico / Faldina

LAVANDA VAGINALE

Procedura

28

1. Accertare l'identità della donna e la prescrizione
2. Informare la donna
3. Eseguire il lavaggio sociale delle mani e indossare i guanti monouso.
4. Invitare la donna ad urinare prima di iniziare con la tecnica e asportare eventuali secrezioni dai genitali esterni per evitare di introdurli in vagina
5. Aiutare la donna ad accomodarsi sul lettino ginecologico o sul letto in posizione dorsale e posizionare la padella.
6. Con la mano non dominante allargare le grandi labbra.

LAVANDA VAGINALE

Procedura

29

6. Con la mano dominante introdurre delicatamente il nelaton per circa 7 – 10 cm in vagina.
7. Raccordare l'irrigatore preventivamente riempito con il liquido da utilizzare o la soluzione già pronta all'uso, e farlo scorrere a bassa pressione.
8. Con un leggero movimento rotatorio del nelaton vengono irrigati i fornici vaginali, in particolare quello posteriore, e tutte le pareti vaginali.
9. Estrarre il nelaton e far scorrere gli ultimi 10/20 ml del liquido sui genitali esterni.

LAVANDA VAGINALE

Procedura

30

10. Tamponare i genitali esterni della donna con una compressa di cotone ed osservare il liquido defluito (secrezioni vaginali, aggregati di leucociti ecc...).
11. Invitare la donna a tossire per permettere al liquido rimasto in vagina di fuoriuscire e fornire un assorbente per eventuali perdite.
12. Documentare la procedura e le eventuali anomalie riscontrate.
13. Aiutare la persona a rivestirsi, smaltire e riordinare il materiale utilizzato.

PREVENZIONE T.V.P.

31

- La trombosi venosa profonda (TVP) consiste nell'insorgenza di fenomeni trombotici a carico delle vene profonde degli arti inferiori e le sue maggiori complicanze sono rappresentate dall'embolia polmonare e dalla sindrome post-trombotica.
- I fattori, che contribuiscono allo sviluppo delle tromboembolie post-operatorie, sono legati alla stasi venosa, ai danni vascolari ed ai fattori della coagulazione.
- L'interazione di questi fattori, combinata al trauma della procedura chirurgica ed all'immobilità post-operatoria, aumenta il rischio di sviluppo di trombi nel sistema venoso.
- Senza profilassi il rischio di TVP varia dal 25% al 30% per i pazienti sottoposti a chirurgia generale, fino al 70% per i pazienti che sono soggetti ad interventi di tipo ortopedico.

CLASSIFICAZIONE RISCHIO T.V.P.

32

GRUPPI A BASSO RISCHIO	<ul style="list-style-type: none">• Chirurgia minore (< 30 min.)• non fattori di rischio diversi dall'età• Chirurgia maggiore (> 30 min.) , età < 40 aa., non altri fattori di rischio
GRUPPI A RISCHIO MODERATO	<ul style="list-style-type: none">• Chirurgia maggiore generale , urologica, ginecologica, cardiotoracica, vascolare o neurochirurgica• età = o > 40 aa. O altro fattore di rischio• Patologia medica maggiore, malattie cardiache o polmonari, cancro, malattie infiammatorie intestinali• Traumi maggiori o ustioni• Chirurgia minore, traumi o patologie in pz. con pregressa TVP, embolia polmonare o trombofilia
GRUPPI AD ALTO RISCHIO	<ul style="list-style-type: none">• fratture o chirurgia ortopedica maggiore di pelvi, anca od arto inferiore• chirurgia maggiore pelvica od addominale per cancro• chirurgia maggiore, traumi o malattia in pz. con pregressa TVP, embolia polmonare o trombofilia

PREVENZIONE TVP

33

- La profilassi delle TVP è rivolta alla stasi venosa ed ai difetti di coagulazione:
 - gli anticoagulanti (eparina ed eparina a basso peso molecolare)
 - metodi meccanici (come le calze compressive o dispositivi di compressione pneumatica intermittente)

Questi interventi vengono spesso realizzati in combinazione.

Il metodo più semplice di profilassi è:

- la **deambulazione precoce** del paziente dopo l'intervento, poiché la contrazione muscolare riduce la stasi venosa.

CALZE ELASTICHE

34

- Le calze elastiche sono un dispositivo in uso per trattare le vene varicose e le loro complicanze, e sono impiegate anche per favorire il flusso ematico venoso.
- Il loro principio d'azione è realizzato dalla tensione predeterminata della fibra elastica, che realizza una tensione decrescente dalla caviglia verso la coscia.
- Le calze elastiche si differenziano per capacità di pressione esercitata, che modifica il loro impiego, in calze preventive, terapeutiche e antitrombo. Le prime si misurano in denari (DEN), che indicano il calibro della fibra elastica con cui sono intessute. Es
- Le calze preventive sono di tre tipi, da 40 DEN, 70 DEN, 140 DEN e garantiscono una pressione che, secondo il numero di denari, varia da 12 a 18 mm/hg.
- In assenza di patologie il loro uso deve essere proporzionato al rischio.
- Le calze terapeutiche possono avere una diversa forza compressiva e sono suddivise in classi, indicate con la lettera K

CALZE ELASTICHE

complicanze

35

- Le calze elastiche sono considerate relativamente sicure
- Alcuni rischi potenziali sono legati alla riduzione del flusso ematico cutaneo dovuto alla pressione
- I pazienti con patologie arteriose periferiche ed i diabetici con neuropatia sono particolarmente a rischio.
- Le complicanze riportate in letteratura, includono l'occlusione arteriosa, la trombosi e la gangrena.
- Le complicanze possono dipendere da un mantenimento prolungato della postura assisa con le calze compressive o all'effetto "laccio"

CALZE ELASTICHE

RACCOMANDAZIONI

36

- Le calze a compressione graduata al di sopra del ginocchio sono efficaci per la prevenzione della TVP post-operatoria nei pazienti a moderato rischio chirurgico (Livello I A)
- Livello IV (opinione di esperti):
 - Devono essere indossate prima dell'intervento se si intende mantenerle anche nel postintervento
 - Piedi e gambe devono essere asciugati prima che siano posizionate
 - Le calze dovrebbero essere rimosse almeno una volta al giorno per la cura, l'igiene e la valutazione della cute
 - Occorre controllare che il posizionamento sia corretto per evitare arrotolamenti o effetto laccio
 - Educazione del pz. e dei familiari

VALUTAZIONE PREOPERATORIA

37

- Analisi documentazione clinica
- Colloquio con la pz.
- Anamnesi accurata
- Esame fisico
- PA
- BMI
- Accertamenti specialistici
- Visita anestesiologicala
- CONSENSO INFORMATO
- Ecg
- Rx torace

Valutazione dello stato generale

- Esami ematochimici:
 - Funzionalità epatica
 - Funzionalità renale
 - Colinesterasi
 - Emocromo, coagulazione, Quadro Elettrolitico
- Valutazione dello stato delle vene
- grado di estensione collo
- cavo orale (protesi, stabilità denti)

Assistenza Ostetrica nella preparazione pre-operatoria

- Accertare l'identità della donna
- Accertare l'eventuale presenza di allergie
- Consegnare gli effetti personali di valore ad un familiare
- Far rimuovere occhiali, lenti a contatto, protesi acustiche e/o dentarie mobili
- Invitare a rimuovere smalto, trucco
- Aiutare ad indossare le calze elastiche (TVP)
- Aiutare ad indossare il camice da sala operatoria e la cuffia per i capelli
- Preparare l'occorrente per il posizionamento di un accesso venoso e informare della procedura la pz. prima di effettuarla
- Se prescritto, procedere all'idratazione ev.

PREPARAZIONE INTERVENTO

40

- **VIA ADDOMINALE:**

- Purgante salino per os.
- Tricotomia dell'addome sino alle piccole labbra
- Lavanda vaginale (soluzione pronta Iodopovidone 100 ml.)

- **VIA VAGINALE**

- Purgante salino per os.
- Tricotomia dal Monte di Venere alla zona perianale
- Lavanda vaginale (soluzione pronta Iodopovidone 100 ml.)

PREPARAZIONE INTERVENTO

41

• VIA COMBINATA:

- Purgante salino per os.
- Tricotomia dell'addome sino alle piccole labbra
- Lavanda vaginale (soluzione pronta Iodopovidone 100 ml.)

• VIA LAPAROSCOPICA

- Purgante salino per os.
- Tricotomia dal Monte di Venere alla zona perianale
- Lavanda vaginale (soluzione pronta Iodopovidone 100 ml.)
- Dieta leggera a pranzo, brodo a cena
- Antiareofagico (Mylicon gtt. secondo prescrizione medica)

Posizionamento catetere vescicale (in S.O.)

42

SCOPI:

- favorire la tecnica chirurgica
- evitare lesioni sulla vescica
- monitorare la diuresi

INDICAZIONI:

- I cateteri vescicali devono essere inseriti solo in presenza di una precisa indicazione clinica e nella situazione in cui ogni altra alternativa non sia praticabile.

- Una volta inserito inoltre, va periodicamente valutata la possibilità di rimuoverlo: **la durata della cateterizzazione deve essere la minima possibile** per ridurre il disagio della persona e il rischio di complicanze.

RACCOMANDAZIONI PREVENZIONE I.V.U. CDC ATLANTA

43

Secondo i CDC di Atlanta (*Health Care Infection Control Practices Advisory Committee – HICPAC- “Guideline for prevention of catheter- Associated Urinary tract Infections 2009”*) per ridurre il rischio di infezioni legate al catetere bisognerebbe:

- ricorrere al catetere solo se strettamente necessario;
- utilizzare il catetere vescicale per un periodo breve;
- lavare le mani prima e dopo l’inserimento del catetere e prima e dopo lo svuotamento o la sostituzione della sacca di drenaggio;
- inserire il catetere con tecnica asettica e presidi sterili;
- limitare l’uso nei soggetti a rischio di infezioni delle vie urinarie in particolare donne, anziani e soggetti immunodepressi.
- La profilassi antibiotica periodica non deve essere fatta. Assumere antibiotici a scopo preventivo non è utile, anzi è dannoso

PROFILASSI ANTIBIOTICA

44

RICORSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI UN AGENTE ANTIBIOTICO PER UN TEMPO MOLTO BREVE, COLLOCATO TEMPORALMENTE APPENA PRIMA DELL'INIZIO DELL'INTERVENTO (CDC Atlanta)

- Il rischio di infezione della ferita è correlato al tipo di intervento.

Gli interventi chirurgici possono essere classificati in:

- **PULITO:** Es. mastectomia, ernie, interventi cardiocirurgici e vascolari, in assenza di infezioni in atto
- **PULITO / CONTAMINATO:** colecistectomia, appendicectomia, interventi sullo stomaco, **taglio cesareo, isterectomia**, interventi sul colon senza spandimento del contenuto intestinale.
- **SPORCO**

PROFILASSI ANTIBIOTICA

45

- Da numerose evidenze scientifiche riportate in letteratura emerge che nella maggior parte degli interventi è sufficiente una sola somministrazione di antibiotico (***profilassi “extra-short term”***).
- In alternativa, si può ricorrere, come consigliano alcuni autori, ad una profilassi ***“short term”*** (più somministrazioni per un periodo massimo di 24 ore), anche se diversi studi hanno dimostrato che non vi sono vantaggi rispetto alla extra short term.

PROFILASSI ANTIBIOTICA

46

TIPO INTERVENTO	ANTIBIOTICO E POSOLOGIA	FARMACO ALTERNATIVO
Taglio cesareo (dopo clampaggio del cordone ombelicale)	CEFAZOLINA 2 g	<i>AMPICILLINA AMPICILLINA/SULBACTAM AMOXICILLINA/CLAVULAN</i>
Isterectomia (vaginale,addominale) Isterectomia radicale	CEFAZOLINA 2 g	<i>CEFOXITINA 2 g</i>
Aborto II trimestre	CEFAZOLINA 2 g	

PROFILASSI ANTIBIOTICA

47

- Per essere efficace ogni tipo di antibiotico indicato per la profilassi deve venire somministrato
 - per **via endovenosa immediatamente prima dell'inizio** dell'intervento,
 - **entro i 30 minuti che precedono l'incisione cutanea** (evidenza scientifica: categoria IA),
 - fanno eccezione per gli interventi di taglio cesareo, nei quali l'antibiotico va somministrato **subito dopo il clampaggio** del cordone ombelicale (evidenza scientifica: categoria IA).
- La cefazolina sale sodico va somministrata per via e.v. lenta:
 - 10 ml in 3-5-minuti, o per infusione in 100 ml di soluzione fisiologica in 10-15 minuti.

PRE ANESTESIA

48

Verificare prescrizione:

1. **Giusto farmaco**
2. **Giusta dose;**
3. **Giusta via;**
4. **Giusto orario;**
5. **Giusto paziente;**
6. **Giusta registrazione;**
7. **Giusto controllo.**

Somministrare almeno
30' - 40' prima

Scopi:

- diminuire l' ansia
- Favorire il rilassamento muscolare
- ridurre le secrezioni
- favorire effetto farmaci Anestetici

PROFILASSI AB INGESTIS

49

La **polmonite da ab ingestis** è definita come un danno acuto polmonare in seguito ad inalazione del contenuto gastrico nel perioperatorio:

- Ranitidina somministrata la sera prima dell' intervento
- 30' minuti prima dell' intervento:
 - ranitidina e metoclopramide E.V.
 - Sodio citrato
- Digiuno

ASSISTENZA

50

- Invitare la donna a mangiare
- Aiutare ad indossare le calze elastocompressive, se indicate
- Invitare ad indossare il camice
- Somministrare la terapia di premedicazione
- Somministrare la profilassi antibiotica
- Somministrare la profilassi ab-ingestis
- Favorire un trasferimento adeguato e sicuro della persona in S.O.
- Assicurarsi della completezza della documentazione clinica
- documentare gli atti assistenziali (cartella ostetrica o C/C o cartella anestesiologicala)
- comunicare eventuali mancanze, errori o *near misses*
- segnalare situazioni particolari (allergie, possibili stati infettivi, etc.)

PREPARAZIONE STANZA DI DEGENZA

51

- Favorire un microclima ambientale adeguato
- Predisporre il letto con biancheria pulita
- Predisporre i presidi necessari:
 - Pompa per infusione
 - traversa
 - supporto sacca urine
 - eventualmente, occorrente per O₂ terapia e rilevazione P.V.C.
 - foglio di rilevazione parametri
 - foglio informazioni per il parente