



EVIDENCE-BASED NURSING E PRATICA CLINICA

Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica

Assistenza preoperatoria. Seconda parte

Joanna Briggs Institute, The Impact of Preoperative Hair Removal on Surgical Site Infection, Vol 7(2), 2003. Traduzione a cura di Forni C Totale pagine 6.

Mistretta D, Mosci D. Il digiuno preoperatorio. Attività 2003: 25-31. Totale pagine 7.

Definizione: "Il nursing perioperatorio è in continua evoluzione ed è una specialità che richiede conoscenze, abilità tecniche, creatività leadership, eccellenti abilità di comunicazione. Per rispondere ai mutevoli bisogni del paziente chirurgico, l'infermiere deve continuamente aggiungere conoscenze ed abilità attraverso pratiche di autoeducazione e attraverso la partecipazione a opportunità di formazione" (Craven e Hirnle, 1998). La presente scheda informativa, insieme alla scheda numero 12, si propone lo scopo di fornire un supporto informativo in questa direzione.

Obiettivo: in questa scheda informativa sono presentate le evidenze scientifiche relative al mantenimento del digiuno preoperatorio ed all'esecuzione della tricotomia preoperatoria.

Materiali e Metodi: per la costruzione di questa scheda si è fatto riferimento ad una revisione sistematica del Joanna Briggs Institute, relativa alla esecuzione della tricotomia ed ad una revisione compiuta nell'ambito dell'attività del Centro Studi EBN nell'anno 2003.

Risultati: Da questi documenti sono emersi interessanti elementi, utili per discutere, riflettere e proporre cambiamenti rispetto a quest'importante ambito assistenziale.

La tricotomia preoperatoria

Nell'ambito dell'assistenza preoperatoria vengono compiuti diversi interventi per ridurre il rischio di infezione della ferita chirurgica: si pensi alla detersione della cute del paziente, mediante doccia preoperatoria o all'uso di antisettici specifici per la preparazione del sito chirurgico (vedi scheda n. 12). Tra questi interventi vi è anche l'esecuzione della tricotomia. Nonostante l'ampia applicazione, la sua efficacia per la prevenzione delle infezioni non è supportata da solide basi scientifiche; anzi, alcuni studi, hanno dimostrato che la sua realizzazione attraverso l'uso di rasoi, pratica ad oggi estremamente diffusa, porta ad un aumento dell'incidenza delle infezioni chirurgiche postoperatorie. Studiando l'effetto della rimozione dei peli tramite rasoio si è potuto constatare che tale rasatura produce nella cute piccoli tagli, che diventano sede di colonizzazione da parte di organismi favorevoli all'infezione. Per questo motivo è stata compiuta una revisione sistematica al fine di valutare in che misura la tricotomia apporti benefici al paziente, in relazione alle diverse modalità con cui può essere praticata.

La ricerca sulla prevenzione delle infezioni delle ferite chirurgiche ha dimostrato che **NON È NECESSARIO** ESEGUIRE LA TRICOTOMIA PER DIMINUIRE IL RISCHIO INFETTIVO. Occorre perciò valutare l'opportunità di eseguire la rimozione dei peli sul sito chirurgico, tenendo presente i problemi connessi all'accesso alla zona ed alla visibilità: la tricotomia può rendersi necessaria per diverse ragioni, ma **NON DEVE ESSERE CONSIDERATA UNA MISURA PREVENTIVA DELLE INFEZIONI DELLE FERITE CHIRURGICHE**.

Il metodo più comunemente utilizzato, ovvero la rasatura con lametta, ha dimostrato di provocare una maggior incidenza di infezioni, mentre è stato dimostrato che **LA TRICOTOMIA ESEGUITA CON TAGLIACAPELLI È PIÙ SICURA E COMPORTA UN MINOR RISCHIO D'INFEZIONE** delle ferite, a prescindere dal momento in cui viene eseguita rispetto all'intervento. Anche l'uso di sostanze depilatorie è più sicuro dell'uso della rasatura, nonostante si possano verificare eventi avversi dovuti all'insorgenza di irritazioni cutanee e di allergie: per questa ragione, l'uso del tagliacapelli deve essere preferito comunque all'uso delle sostanze depilatorie.

Raccomandazioni

RASATURA VERSO NON RASATURA - Al fine di diminuire il rischio d'infezione della ferita chirurgica, laddove possibile, è preferibile procedere alla chirurgia senza eseguire la tricotomia, piuttosto che utilizzare rasoi a lametta (Categoria IB).

RASATURA VERSO L'USO DEL TAGLIACAPELLI - Qualora sia necessaria, lo strumento preferibile per eseguire la tricotomia al fine prevenire il rischio infettivo della ferita chirurgica è il tagliacapelli (Categoria IA).

RASATURA VERSO DEPILAZIONE - In pazienti sottoposti a chirurgia pulita addominale la depilazione, mediante l'uso di creme o saponi depilatori, è preferibile alla rasatura con lametta al fine di ridurre il rischio d'infezione della ferita chirurgica (Categoria IB).

TEMPISTICA DELLA TRICOTOMIA PREOPERATORIA - Al fine di prevenire il rischio dell'infezione della ferita chirurgica, la tricotomia eseguita con tagliacapelli deve essere realizzata entro il più breve tempo possibile dall'intervento chirurgico, preferibilmente meno di 2 ore prima (Categoria IB).

Livelli di evidenze The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

Tutti gli studi sono stati classificati secondo la forza di evidenza contenuta rispetto al seguente sistema di classificazione:

Categoria IA – **Implementazione fortemente raccomandata e supportata da studi sperimentali, clinici o epidemiologici ben disegnati.**

Categoria IB - Implementazione fortemente raccomandata e supportata da alcuni studi sperimentali, clinici o epidemiologici. Forte razionale teorico.

Categoria II – Implementazione suggerita e supportata da utili studi clinici o epidemiologici o da razionali teorici.

Mancanza di raccomandazioni; problema irrisolto - L'evidenza è inadeguata o insufficiente o manca consenso sull'efficacia

Il digiuno preoperatorio

Il digiuno da solidi e liquidi prima dell'anestesia generale è, da molto tempo, considerato di fondamentale importanza per la sicurezza del paziente, al fine di ridurre il rischio di rigurgito del contenuto gastrico. Il suo razionale è legato al fatto che con l'induzione dell'anestesia, si determina la cessazione, con entità variabile in relazione al livello dell'anestesia, dello stimolo della tosse e della deglutizione, nonché la depressione dei riflessi faringo-laringei. Questi riflessi solitamente proteggono le vie aeree, quindi la riduzione del loro funzionamento porta al rischio di aspirazione polmonare in presenza di rigurgito dei contenuti gastrici o vomito. Nei casi in cui il contenuto gastrico giunga ai polmoni, per mezzo dell'aspirazione, determinando una polmonite ab ingestis, il paziente è a rischio di una delle principali cause di morte correlate all'anestesia. Lo studio dei tempi di svuotamento gastrico, che si realizza mediante tecniche radiologiche con mezzi di contrasto, evidenzia come i tempi fisiologici di svuotamento dello stomaco nelle persone non a rischio **NON GIUSTIFICHI LA NECESSITÀ DI REALIZZARE IL DIGIUNO TOTALE DA SOLIDI E LIQUIDI DALLA MEZZANOTTE**. Al di là delle condizioni in cui vi è un aumentato rischio di aspirazione riconosciuto, il digiuno preoperatorio priva i pazienti di nutrizione e idratazione, sottoponendoli a disagi e stress non giustificati.

Persone a rischio di aspirazione

Persone con patologie della motilità gastrica, ostruzione pilorica, reflusso gastroesofageo, gastroparesi diabetica, obesità; donne nelle prime ore dopo il parto.

Raccomandazioni

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

Valutazione preoperatoria - Per la valutazione preoperatoria deve essere eseguita l'analisi della documentazione clinica, l'esame fisico e il colloquio con il paziente; inoltre si deve includere la valutazione di disturbi di reflusso gastroesofageo, sintomi di disfagia o altri disturbi della motilità gastrointestinale, potenziali disturbi delle vie aeree e disordini metabolici (diabete mellito), che possono incrementare il rischio di rigurgito con aspirazione polmonare. I pazienti devono essere informati del periodo di digiuno preoperatorio e delle sue ragioni con sufficiente anticipo rispetto all'intervento. La verifica del rispetto della prescrizione di digiuno deve essere effettuata al momento dell'intervento. Quando queste raccomandazioni non sono seguite, i professionisti devono valutare il rapporto rischi-benefici del procedere ugualmente, in relazione alla quantità di liquidi o di solidi ingeriti.

Stato di digiuno preoperatorio (liquidi) - E' appropriato digiunare dall'assunzione di liquidi per 2 ore o più prima della procedura operatoria che richieda anestesia generale, regionale o sedazione/analgesia. Tra gli esempi di liquidi sono inclusi: acqua, succo di frutta senza polpa, tea chiaro e caffè nero. I liquidi chiari non includono alcool. Il volume dei liquidi ingeriti è meno importante del tipo di liquido ingerito.

Stato di digiuno preoperatorio (latte materno) - Ci sono insufficienti evidenze pubblicate che valutano la relazione dei tempi di assunzione del latte materno prima dell'intervento e l'incidenza del vomito/reflusso o aspirazione polmonare. I consulenti esterni ed il gruppo di lavoro supportano un periodo di digiuno da latte materno di 4 ore sia per i neonati che per i lattanti.

Stato di digiuno preoperatorio (latte artificiale) - E' appropriato mantenere il digiuno dall'assunzione di latte artificiale per 6 ore o più prima di un intervento in via di elezione che richieda anestesia generale, anestesia regionale o sedazione/analgesia.

Stato di digiuno preoperatorio (da solidi e da latte non umano) - È appropriato il digiuno dall'assunzione di cibi leggeri o latte non umano per 2 (due) ore o più prima della procedura operatoria in elezione che richieda anestesia generale, anestesia regionale, o sedazione/analgesia. Il gruppo di lavoro osserva che l'assunzione di fritti o cibi grassi o carne può prolungare il tempo di svuotamento gastrico. Sia la quantità che il tipo di cibo ingerito devono essere considerati, quando si determina un appropriato periodo di digiuno. Ciò vale anche per il latte non umano che ha tempi di svuotamento gastrico simili ai solidi.

Assunzione preoperatoria di farmaci stimolanti la peristalsi gastrointestinale

Non è raccomandato l'uso routinario di stimolanti la peristalsi gastrointestinale nel periodo preoperatorio nei pazienti che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico.

Assunzione preoperatoria di farmaci bloccanti la secrezione gastrica.

Non è raccomandato l'uso routinario di farmaci bloccanti la secrezione gastrica nel periodo preoperatorio nei pazienti che non sono a rischio d'aspirazione del contenuto gastrico.

Assunzione preoperatoria di farmaci antiacidi.

Non è raccomandato l'uso routinario di farmaci antiacidi nel periodo preoperatorio nei pazienti che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico.

Assunzione preoperatoria di farmaci antiemetici.

Non è raccomandato l'uso routinario di farmaci antiemetici nel periodo preoperatorio nei pazienti che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico.

Assunzione preoperatoria di farmaci anticolinergici.

L'uso di farmaci anticolinergici per diminuire il rischio di aspirazione polmonare non è raccomandato.

Assunzione preoperatoria di combinazioni dei farmaci sopravvisti.

Non è raccomandato l'uso routinario di combinazioni dei farmaci suddetti nel periodo preoperatorio nei pazienti che non sono a rischio di aspirazione del contenuto gastrico.

Non ci sono evidenze che l'assunzione di liquidi 2 o 3 ore prima dell'intervento ponga il paziente a più alto rischio di complicanze rispetto ai pazienti che seguono un regime di digiuno standard (digiuno dalla mezzanotte). Bere nel periodo preoperatorio riduce l'esperienza di sete del paziente e non lo espone ad aumentati rischi di rigurgito o aspirazione, quindi è raccomandata l'assunzione di liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'intervento oppure 150 ml di liquidi chiari fino ad 1 ora prima dall'intervento per l'assunzione di farmaci per os.

MATERIALE INGERITO	MINIMO PERIODO DI DIGIUNO
Liquidi - acqua, succhi di frutta senza polpa, bevande gassate, tea chiaro, caffè nero.	2 ore
Latte materno	4 ore
Latte artificiale	6 ore
Latte non umano	6 ore
Cibi leggeri - toast e liquidi	6 ore

Professionisti interessati: infermieri

Obiettivi didattici: conoscere le evidenze presenti in letteratura relative alla esecuzione della tricotomia preoperatoria ed al mantenimento del digiuno preoperatorio.

Durata dell'offerta formativa:

Numero di partecipanti ammessi:

Sessioni di verifica:

Crediti:

Costi:

Informazioni:

Daniela Mosci presso Centro Studi EBN

(Pad 23 – Oculistica 1° piano)

- Tel 051-(636)3847

- Fax 051-(636)3049

- E-mail: mosci@aosp.bo.it

