



Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Volume 11
Issue 4
2007
ISSN: 1329-1874

Traduzione a cura di
ELEONORA CONTI
Collaboratore Centro
studi EBN - Direzione
Servizio Infermieristico e
Tecnico
Azienda Ospedaliera di
Bologna - Policlinico
S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9 - 40138
Bologna, Italia

La tricotomia pre operatoria per ridurre le infezioni delle ferite chirurgiche

Raccomandazioni

Le raccomandazioni sono basate sulle migliori evidenze disponibili al momento della conduzione di questa revisione sistematica. La revisione sistematica non trova sufficiente evidenza per affermare che la tricotomia pre operatoria riduce il numero di infezioni della ferita chirurgica rispetto alla non effettuazione.

Le raccomandazioni correlate alla pratica clinica sono supportate dalle seguenti evidenze:

- Se è necessaria la tricotomia, l'uso del tagliacapelli o della crema depilatoria riduce il numero di infezioni della ferita chirurgica rispetto alla rasatura con rasoio (Grado A)
- In caso di tricotomia con tagliacapelli, si raccomanda di effettuarla il giorno dell'intervento (Grado B)

C'è urgente necessità di rigorose ricerche per verificare quanto segue:

- 1) tricotomia versus no tricotomia, con l'utilizzo di rasoi, tagliacapelli o crema depilatoria;
- 2) tagliacapelli versus crema depilatoria;
- 3) tempistica della tricotomia con l'uso di rasoio, tagliacapelli e crema depilatoria; e
- 4) studiare se il luogo dove viene effettuata la tricotomia (es. sala operatoria, sala di anestesia o area di degenza) influisce sull'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica.

Fonte delle informazioni

Questo Foglio Informativo di Best Practice aggiorna e sostituisce il foglio informativo del Joanna Briggs Institute "L'impatto della tricotomia pre operatoria sull'incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche", pubblicata nel 2003. La ricerca più recente è stata tratta da una revisione sistematica della Cochrane pubblicata nel 2006.² La bibliografia principale su cui si basa questo foglio informativo è disponibile sotto forma di Report Tecnico³ nel sito del Joanna Briggs Institute www.joannabriggs.edu.au

Il report completo della revisione sistematica è disponibile nel database delle revisioni sistematiche della Cochrane sul sito www.cochrane.org/reviews/clibaccess.htm

Background

La preparazione preoperatoria tradizionalmente include la tricotomia di routine della sede designata per la ferita chirurgica. La tricotomia viene effettuata in quanto la presenza di peli può interferire: con l'effettuazione dell'incisione e della relativa ferita,

con la sutura dell'incisione e con l'applicazione di medicazioni adesive sulla ferita chirurgica. Per di più la presenza di peli viene associata alla mancanza di igiene e si pensa che la tricotomia possa ridurre il rischio di infezioni della ferita chirurgica. Le infezioni della ferita chirurgica colpiscono circa il 10% dei pazienti nel Regno Unito ogni anno e possono comportare un ritardo della cicatrizzazione della ferita chirurgica, un aumento della durata della degenza ospedaliera, una inutile sofferenza e, in casi estremi, il decesso del paziente. Comunemente vengono usati tre metodi per la tricotomia: con rasoio, con tagliacapelli e con crema depilatoria

Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi delle Raccomandazioni sono stati basati sui Gradi dell'efficacia del Joanna Briggs Institute, sviluppati nel 2006²

Grado A Forte evidenza che merita applicazione

Grado B Moderata evidenza che richiede considerazione nell'applicazione

Grado C Mancanza di evidenza

Definizione dei termini

Per gli scopi di questo foglio informativo vengono usate le seguenti definizioni:

Infezione del sito chirurgico

(SSIs) si riferisce all'incisione superficiale, all'incisione profonda, o all'organo/area. La presenza di infezione può includere almeno uno dei seguenti elementi: pus, dolore, aumentata sensibilità al tocco, gonfiore o arrossamento.

Rasatura con rasoio è il metodo più comune ed economico di rimozione dei peli. Prevede l'utilizzo di un rasoio la cui testina è dotata di una lama affilata, che consente di eliminare i peli dalla superficie cutanea.

Crema depilatorie sono agenti chimici che dissolvono i peli. Questo metodo è più lento rispetto al rasoio o al tagliacapelli in quanto la crema, per agire, deve rimanere a contatto dei peli da 5 a 20 minuti. Per di più le creme comportano il rischio di irritazioni o reazioni allergiche, per cui dovrebbero essere effettuati test su una parte della cute 24 ore prima dell'applicazione.

Rasatura con tagliacapelli

prevede l'uso di tagliacapelli a denti stretti per tagliare i peli vicino alla superficie cutanea, lasciandoli della lunghezza di circa 1 mm. Le testine dei tagliacapelli sono monouso o disinfettabili tra un paziente e l'altro per ridurre al minimo il rischio di infezioni crociate.

Un sito chirurgico privo di peli può favorire l'applicazione di medicazioni e può ridurre potenziali infezioni dal momento che i peli sono una sorgente di batteri. Tuttavia, il processo di asportazione dei peli può causare infezioni primarie a causa di microlesioni cutanee. La tricotomia con rasoio o tagliacapelli può essere effettuata nelle sale operatorie, nelle sale di anestesia, nei reparti ospedalieri o a domicilio da parte del personale di sala, di reparto o dei pazienti stessi.

La depilazione chimica viene effettuata generalmente nei reparti di degenza o a domicilio in quanto richiede maggior tempo.

Obiettivi

Lo scopo di questa Foglio informativo di Best Practice è di dare risposta alle seguenti domande sulla base dei risultati della revisione sistematica:

- La tricotomia preoperatoria riduce le infezioni del sito chirurgico rispetto alla non tricotomia?

In merito ai seguenti specifici confronti:

- Quali sono gli effetti della rasatura con rasoio, con taglia capelli e con le creme depilatorie confrontati fra loro o con la non tricotomia rispetto all'incidenza di SSIs?
- Quali sono gli effetti sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico se la tricotomia viene effettuata il giorno prima dell'intervento piuttosto che il giorno stesso dell'intervento?

Il setting clinico in cui viene effettuata la tricotomia influisce sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico?

Studi inclusi

Sono stati inclusi gli studi randomizzati controllati (RCTs) che mettevano a confronto primariamente la tricotomia nei diversi metodi (con rasoio, tagliacapelli, crema depilatoria) versus no tricotomia; secondariamente la tricotomia nei diversi metodi confrontati uno con l'altro; terzo, la tricotomia effettuata in tempi diversi prima dell'intervento e quarto la tricotomia effettuata in diversi setting (es. sala operatoria a confronto con la sala di anestesia, il reparto o il domicilio).

Partecipanti

I partecipanti erano adulti sottoposti ad intervento chirurgico in una sala operatoria predefinita.

Tipi di intervento

La revisione include confronti tra ognuno dei seguenti metodi:

- no tricotomia preoperatoria;
- rasatura a umido;
- rasatura a secco;
- rasatura con tagliacapelli;
- rasatura con creme depilatorie;
- tricotomia in contesti diversi;
- tricotomia effettuata in diversi momenti nel preoperatorio.

Qualità della ricerca

In questa revisione sistematica sono stati inclusi 11 RCTs. La qualità metodologica e la modalità di reportistica dei metodi nella maggior parte di questi studi è risultata scarsa. Nessuno degli studi è stato riconosciuto di alta qualità. Di frequente è stato scarsamente riportato in quale contesto e in quale momento è stata effettuata la tricotomia rispetto all'intervento chirurgico. Spesso non era chiaro chi effettuava i test e quando venivano effettuati

Risultati

Rasatura vs no tricotomia

Due studi, che coinvolgevano 358 partecipanti, mettevano a confronto la tricotomia con rasoio vs no tricotomia. In entrambi gli studi i partecipanti erano sottoposti a chirurgia addominale e i metodi usati per stabilire la presenza di infezione erano le osservazioni e i tamponi colturali. Nessuno dei 2 studi riportava il metodo in modo dettagliato. Il 10% (17/177) dei partecipanti sottoposti a rasatura ha sviluppato un'infezione della ferita chirurgica vs il 6% (11/181) tra quelli non rasati. Non c'è una differenza statisticamente significativa tra rasatura e assenza di tricotomia, tuttavia gli studi non sono di alta qualità cioè hanno il campione troppo piccolo e non hanno la potenza necessaria per affermare con sicurezza che lo studio possa individuare una differenza significativa.

Crema depilatoria vs no tricotomia

Uno studio metteva a confronto la tricotomia con crema depilatoria vs no tricotomia. Questo studio è stato effettuato in chirurgia addominale e non ha descritto i metodi in modo dettagliato. L'8% (10/126) dei partecipanti sottoposti a tricotomia con crema depilatoria ha contratto una infezione della ferita chirurgica vs l'8% (11/141) dei partecipanti non sottoposti a tricotomia. Non ci sono differenze statisticamente significative tra i 2 gruppi. Tuttavia la dimensione del campione è sottodimensionato.

Tricotomia con tagliacapelli vs no tricotomia

Non è stato trovato alcun studio.

Rasatura vs tricotomia con tagliacapelli

Sono stati inclusi 3 studi dove la tricotomia è stata effettuata con rasoio o

Implicazioni per la pratica

Non c'è sufficiente evidenza per affermare che la tricotomia aumenti o riduca le infezioni della ferita chirurgica. Tuttavia, qualora si rendesse necessaria la tricotomia, l'uso di taglia capelli o crema depilatoria determina un minor numero di infezioni rispetto al rasoio. Nonostante sia limitata l'evidenza sulla tempistica di asportazione dei peli, qualora si dovesse effettuare la tricotomia con taglia capelli, sarebbe preferibile eseguirla il giorno dell'intervento chirurgico.

tagliacapelli prima dell'intervento, il tipo di chirurgia era prevalentemente pulita come ernioplastica e cardiocirurgia. Nessuno studio riportava in dettaglio i metodi utilizzati. Il 3% (46/1627) dei partecipanti sottoposti a tricotomia con rasoio ha sviluppato una SSI vs il 2% (21/1566) dei partecipanti sottoposti a tricotomia con tagliacapelli prima dell'intervento. Questo risultato è statisticamente significativo. Gli studi includevano tipologie simili di chirurgia e mostravano che i partecipanti sottoposti a tricotomia con rasoio prima dell'intervento, con maggiore probabilità sviluppano una SSI rispetto a quelli sottoposti a tricotomia con tagliacapelli.

Rasatura vs crema depilatoria

Sono stati inclusi 7 studi, che coinvolgevano 1213 partecipanti, e la maggior parte dei trial includeva un mix di procedure chirurgiche all'interno dello stesso studio. Gli studi differivano per la variabilità nel periodo di valutazione dell'outcome con range da 2 a 28 gg. e 3 studi non lo riportavano affatto. Gli studi erano di qualità variabile o i loro report non erano chiari. Complessivamente il 10% (65/670) dei partecipanti sottoposti a rasatura hanno acquisito una SSI vs il 7% (38/543) dei partecipanti sottoposti a tricotomia con crema depilatoria. Questo risultato, statisticamente significativo mostra che le persone hanno maggiore probabilità sviluppano una SSI quando vengono sottoposte a tricotomia con rasoio piuttosto che con crema depilatoria.

Tricotomia con tagliacapelli vs crema depilatoria

Non è stato trovato alcun studio

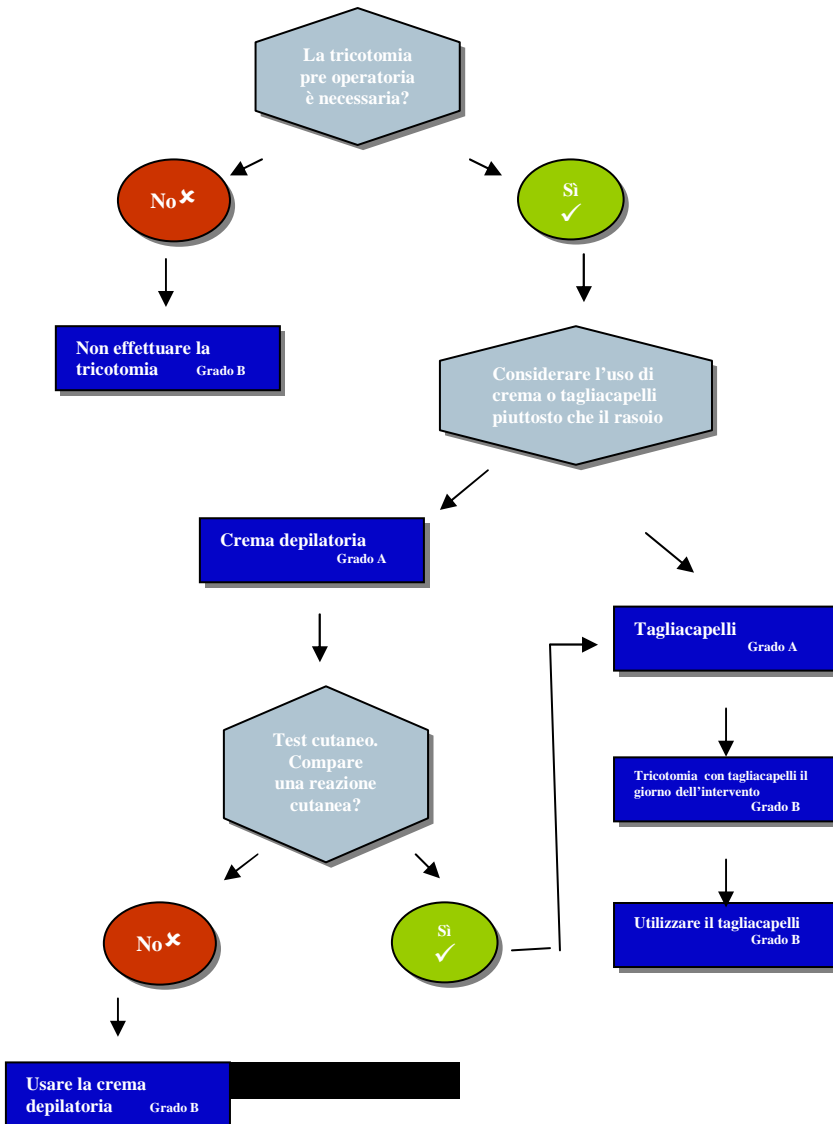
Rasatura nel giorno dell'intervento vs rasatura il giorno precedente

Un ampio studio metteva a confronto la rasatura effettuata il giorno dell'intervento chirurgico vs il giorno precedente in 537 partecipanti sottoposti a chirurgia elettiva pulita. Nel follow up a 30 giorni dall'intervento chirurgico, il 9% (23/260) dei partecipanti, sottoposti a tricotomia con rasoio il giorno prima dell'intervento, ha sviluppato una SSI vs il 10% (26/260) dei partecipanti sottoposti a tricotomia il giorno dell'intervento. Questo risultato, tuttavia, non è statisticamente significativo.

Tricotomia con tagliacapelli nel giorno dell'intervento vs tricotomia con tagliacapelli il giorno precedente

Un ampio studio che coinvolgeva 476 partecipanti, sottoposti a chirurgia elettiva pulita, metteva a confronto la tricotomia con tagliacapelli effettuata il giorno dell'intervento vs la tricotomia con tagliacapelli effettuata il giorno precedente. Nel follow up a 30 giorni dall'intervento chirurgico, l'8% (18/241) dei partecipanti, sottoposti a tricotomia con tagliacapelli il giorno precedente, ha sviluppato un'infezione della ferita chirurgica vs il 4% (7/216) dei partecipanti sottoposti a tricotomia con tagliacapelli il giorno dell'intervento. Questa differenza non è statisticamente significativa, ma la dimensione del campione è sottodeterminata.

Tricotomia Pre-operatoria



Rinrazimenti

Hemingway, PhD BSc(Hons) RGN RSCN, Nick Allcock, PhD BSc(Hons) DipEd RNT RGN and Hannah Payne, BA(Hons) on behalf of the University of Nottingham's Centre of Evidence Based Nursing and Midwifery, UK; a collaborating centre of the Joanna Briggs Institute in collaboration with Professor Judith Tanner, PhD MPhil BN, Joint Chair of Clinical Nursing Research, De Montfort University and University Hospitals Leicester, UK. Many thanks to the systematic review authors for giving permission for their work to be used. Many thanks to Rachel Peto, BSc(Hons),

Maxine Gee, BSc(Hons) DN and Alison Adkin, RGN for their membership of the Advisory Panel.

In addition, this *Best Practice* information sheet has been reviewed by nominees of International Joanna Briggs Collaborating Centres:

- Associate Professor Bridie Kent, Centre for Evidence Based Nursing, Aotearoa, School of Nursing, University of Auckland, New Zealand.
- Dr Suzi Robertson-Malt, National and Gulf Centre for Evidence Based Medicine, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.




This *Best Practice* information sheet presents the best available evidence on this topic. Implications for practice are made with an expectation that health professionals will utilise this evidence with consideration of their context, their client's preference and their clinical judgement.*

- Dr Petra Brysiewicz, South African Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, School of Nursing, Faculty of Community and Development Disciplines, University of KwaZulu-Natal, South Africa.
- Brent Hodgkinson, Research and Practice Development Centre, University of Queensland and Blue Care, Milton, Queensland, Australia.
- Ritin Fernandez (PhD Candidate), NSW Centre for Evidence Based Health Care, Adjunct Research Fellow. University of Western Sydney, Australia.
- Prof Rhonda Griffiths, NSW Centre for Evidence Based Health Care. University of Western Sydney, Australia.

Bibliografia

1. The Joanna Briggs Institute. *Systematic reviews - the review process*, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
2. Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
3. Hemingway P, Allcock N, Payne H, Tanner J. Pre-operative hair removal to reduce surgical site infection. *Joanna Briggs Institute Best Practice Technical Report*, 2007; 2(4)
4. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

- The Joanna Briggs Institute
Royal Adelaide Hospital
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by **Blackwell Publishing**
- Also available on JBI CoNNECT (Clinical On-line Network of Evidence for Care and Therapeutics) www.jbicconnect.org

*The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded*.

