

## 1 PREPARAZIONE DEL PAZIENTE



### a Doccia preoperatoria con acqua e sapone

I pazienti chirurgici devono effettuare la doccia o il bagno, compresi i capelli, la sera precedente o il giorno stesso dell'intervento, con sapone normale o sapone antisettico.



### b Bonifica dei portatori nasali di *S. aureus*

La decolonizzazione preoperatoria con mupirocina pomata nasale al 2%, associata o meno a lavaggio del corpo con soluzioni di clorexidina gluconato, deve essere eseguita in tutti i pazienti portatori nasali di *Staphylococcus aureus* candidati a chirurgia cardiotoracica e ortopedica. Per tutti gli altri interventi, ogni ospedale può valutare l'opportunità, in termini organizzativi e di rapporto costo-beneficio, di eseguire lo screening e la bonifica.



### c Tricotomia con clipper (solo se necessaria)

La tricotomia non deve essere eseguita di routine. La rimozione di peli e capelli deve essere eseguita solo nel caso in cui i peli, in corrispondenza o attorno al sito chirurgico, interferiscano con l'intervento e deve essere praticata esclusivamente con clipper elettrico, il giorno stesso dell'intervento e immediatamente prima di questo.

## 2 PROFILASSI ANTIBIOTICA



### a Profilassi ev "short term" (solo nei casi indicati), iniziata subito prima della incisione

La PAP deve essere somministrata solo quando indicata a seconda del tipo di intervento. Deve essere effettuata entro i 120 minuti precedenti l'incisione, tenendo conto dell'emivita dell'antibiotico. La tempestività deve consentire il raggiungimento di una concentrazione efficace nel siero e nei tessuti al momento dell'incisione. Si raccomanda di non proseguire la PAP dopo la sutura dell'incisione chirurgica. Tale raccomandazione vale anche in presenza di drenaggio.



### b Profilassi per os (nella chirurgia coloretta), associata alla preparazione intestinale meccanica

Si suggerisce la somministrazione orale preoperatoria di antibiotici in combinazione con la preparazione intestinale meccanica (MBP) per ridurre il rischio di SSI nei pazienti adulti candidati a chirurgia in elezione del colon retto. La sola MBP (senza antibiotico profilassi orale) non deve essere utilizzata allo scopo di ridurre le SSI nei pazienti adulti candidati a chirurgia in elezione del colon retto.



### b Antisepsi del sito chirurgico con clorexidina 2% in alcol

L'antisepsi cutanea del paziente deve essere eseguita con una soluzione antisettica alcolica a base di clorexidina gluconata. Nei soggetti allergici a clorexidina, l'antisepsi con iodopovidone alcolico rappresenta un'alternativa di seconda scelta, purché applicato correttamente e, possibilmente, in soluzione alcolica al 10%. L'impiego di prodotti colorati è consigliato come opportunità di verifica della corretta applicazione del prodotto. L'uso dell'applicatore monouso, rispetto al metodo tradizionale mediante garze e contenitori multiuso, migliora la sicurezza (rischio di incendio e di contaminazione), la standardizzazione (dose corretta di antisettico) e la praticità (tempo di applicazione) della procedura.



### a Igiene delle mani dell'operatore con sapone antisettico o gel idro-alcolico

Prima di indossare guanti sterili, eseguire la preparazione chirurgica delle mani e degli avambracci degli operatori sanitari mediante lavaggio con sapone antisettico o mediante applicazione di gel idro-alcolico.

## ANTISEPSI CUTANEA 3

## 4 GESTIONE INTRAOPERATORIA



### a Adeguata ossigenazione

I pazienti sottoposti ad anestesia generale con intubazione endotracheale e ventilazione meccanica devono ricevere una supplementazione di ossigeno durante l'intervento e, se possibile, nell'immediato periodo postoperatorio (per 2-6 ore) al fine di ridurre il rischio di infezione del sito chirurgico. Il valore della frazione inspirata di ossigeno (FiO<sub>2</sub>) deve essere pari all'80%.



### b Mantenimento della normotermia

Mantenere la normotermia del paziente per tutto il periodo perioperatorio al fine di ridurre il rischio di SSI e di altre importanti complicazioni.



### c Mantenimento della normoglicemia

Si raccomanda un adeguato controllo glicemico perioperatorio in tutti i pazienti chirurgici, diabetici e non diabetici, al fine di ridurre il rischio di SSI. È accertato il beneficio di un target glicemico <200 mg/dl. Evidenze di qualità bassa sostengono ulteriori benefici associati a un controllo intensivo dei valori glicemici (<110-150 mg/dl). Nel caso si decida per un target glicemico <110 mg/dl, porre attenzione al rischio di ipoglicemia.



### d Mantenimento della normovolemia

Monitorare la volemia del paziente per tutto il periodo intraoperatorio e assicurare un adeguato ripristino dei liquidi corporei. L'impiego intraoperatorio del protocollo *Goal Direct Fluid Therapy* (GDFT) è suggerito ai fini di ridurre il rischio di SSI.

# APPENDICE II POSTER: IL BUNDLE ITALIANO PER LA PREVENZIONE PERIOPERATORIA DELLE SSI