



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
POLO DIDATTICO DEL SALENTO
ASL LECCE P.O. "V. Fazzi" Lecce



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

SCIENZE CHIRURGICHE
Infermieristica clinica in chirurgia

**Gestione della ferita chirurgica, drenaggio, medicazione,
dell'ISC e del SNG**

Anno Accademico 2019-2020

2° anno 1° semestre

a cura di:

Dott. ANTONAZZO MARCELLO

LECCE, 12 DICEMBRE 2019

Il drenaggio

Il drenaggio

- **Permettono la fuoriuscita di sangue e liquidi sierosi** che possono diventare coltura di batteri
- Possono essere connessi ad un sistema di raccolta a **caduta o in aspirazione**
- o posti **all'interno della medicazione**
- Compito dell'infermiere è la **registrazione della quantità di perdite** presenti al momento dell'uscita dalla sala e la valutazione continua delle perdite

Il drenaggio

- **Viene posizionato in sala operatoria** dal chirurgo con tecnica asettica, in posizioni declivi (doccia dolico colica, cavo del Douglas) o attorno alla zona di intervento
- Al fine della prevenzione delle infezioni è consigliato di **posizionare i drenaggi attraverso un'incisione diversa e distante da quella chirurgica, di utilizzare drenaggi a circuito chiuso, di rimuovere il drenaggio appena possibile**
- Il drenaggio deve essere solidale con il paziente

Scopo del drenaggio

- **Funzione terapeutica:** permettono la fuoriuscita di liquidi che si accumulano nella sede dell'intervento allo scopo di favorire la cicatrizzazione e ridurre il rischio di infezione
- **Funzione curativa:** è possibile l'instillazione di farmaci (lavaggi)
- **Funzione diagnostica, preventiva:** permette di evidenziare in modo tempestivo il verificarsi di eventuali complicanze (deiscenze, emorragie, infezioni) e nello stesso tempo di risolvere temporaneamente il problema insorto

Tipi di drenaggi

Drenaggi che agiscono per capillarità:

- **in garza:** necessita di sostituzione ogni volta che si impregna di materiale
- Laminari semplici, ondulati, a tubicini multipli affiancati: è possibile applicare un sistema di raccolta protetto (**Minidren**)



Drenaggi che agiscono per gravità:

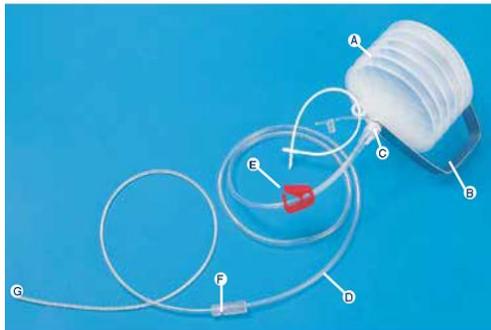
- **Tubulari a caduta:** con sacchetto di raccolta, possono essere fissati alla cute

Muniti di sistema aspirante:

- Redon; Jackson Pratt, Hemovac: munito di mantice, da ricaricare periodicamente e sostituire il **sacchetto di raccolta**

Drenaggi a valvola ad acqua: per drenaggi pleurici, sistema a **Bulau**

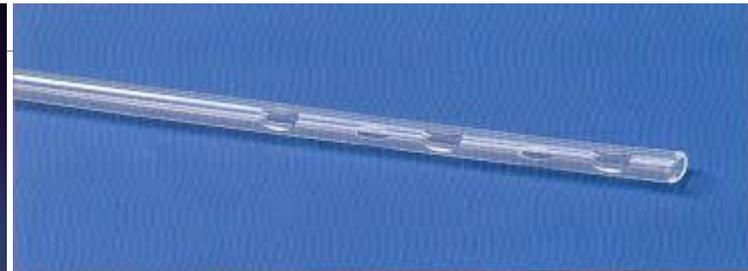
TIPI DI DRENAGGIO



EMODREN



UNOVAC



TUBULARE



Adattatori per
drenaggio



REDON



TORACICO

La valutazione del drenaggio

- Valutare la **pervietà del sistema**
- Valutare la **quantità** nel tempo
- Valutare la **qualità** del materiale drenato
- Valutare le **variazioni** registrate **nel tempo**
- **Registrare** accuratamente nella documentazione infermieristica

Cosa si può drenare?

- **Essudato sieroso** o sieroematico
- Trasudato
- Contenuto intestinale
- **Sangue**
- Pus
- Urina
- Bile

Problemi correlati al drenaggio

- **Rischio di infezione**
- Dolore
- Compromissione dell'integrità cutanea
- Emorragia
- **Peritonite**
- Dislocazione/incarceramento
- Deiscenza

Interventi correlati al drenaggio

- **Controllo periodico del materiale drenato** e registrazione su termografica e/o diario infermieristico
- **Valutazione del sito di inserzione del drenaggio**
- **Gestione asettica della medicazione o del sistema di drenaggio**
- **Rimozione del drenaggio**

La ferita chirurgica

La valutazione della ferita chirurgica

- **Valutazione della classificazione dell'intervento**
(deve essere fatta da un membro dell'equipe chirurgica)
- Valutazione dei **fattori di rischio**
- Valutazione obiettiva della ferita per individuare precocemente i segni di infezione
- Valutazione delle modalità operative del personale sanitario

Guarigione della ferita

- Che **guarisce per 1^a intenzione**: minima perdita tissutale; i bordi della ferita sono ravvicinati, il tessuto di granulazione non è visibile
- Che **guarisce per 2^a intenzione**: ferite con perdita tissutale; i bordi della ferita non sono ravvicinati e sono visibili lacerazioni profonde, il tessuto di granulazione è visibile
- Che guarisce per 3^a intenzione



Ferita in fase di guarigione



Ferita con segni d'infezione











Considerazioni Generali

Le infezioni del sito chirurgico: cause scatenanti

Cause Intrinseche:

- **Eta'**
- **Condizioni immunologiche**
- **Tipo di pelle**
- **Sede delle incisioni**
- **Patologie cutanee**

Cause Estrinseche:

- **Contaminazione**
- **Durata intervento chir.**
- **Tipo di intervento**
- **Abilita' degli operatori**

Le infezioni della ferita

- **Infezioni del sito chirurgico incisionali superficiali**: si verificano entro i **30 giorni successivi all'intervento** e riguarda solo il tessuto cutaneo o sottocutaneo dell'incisione; possono presentare i segni dell'infiammazione, drenaggio purulento dalla superficie dell'incisione, coltura positiva a microorganismi
- **Infezioni del sito chirurgico incisionali profonde**: possono verificarsi **fino ad un anno dall'intervento** se è presente una protesi e coinvolge i tessuti molli sottostanti l'incisione; possono presentare un drenaggio purulento da un'incisione profonda, una incisione profonda spontaneamente deiscende o aperta dal chirurgo, coltura positiva a microorganismi, febbre, dolore localizzato, leucocitosi, ascesso individuabile dall'osservazione diretta o tramite esame strumentale (radiologico, istopatologico)

Le infezioni del sito chirurgico (ISC)

Le infezioni post-chirurgiche, secondarie all'intervento chirurgico e con il quale hanno, nella maggior parte dei casi, nesso di causalità sono potenzialmente evitabili nel 40% dei casi.



IN ORDINE DI FREQUENZA SI COLLOCANO AL SECONDO POSTO TRA LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, DETERMINANDO UN AUMENTO SIGNIFICATIVO DELLA DURATA DI DEGENZA, DISAGIO DELLA PERSONA ASSISTITA, INCREMENTO DEI COSTI E DELLA MORBILITÀ E MORTALITÀ.

Rappresentano un **processo flogistico** a carico del sito chirurgico dei pazienti sottoposti ad intervento che si manifesta nel postoperatorio entro **30 giorni** dallo stesso ed entro un anno se vi è stato l'inserimento di materiale protesico.

Casi clinici di infezione superficiale





**Casi clinici di
Infezione
profonda**



FATTORI DI RISCHIO INFETTIVO

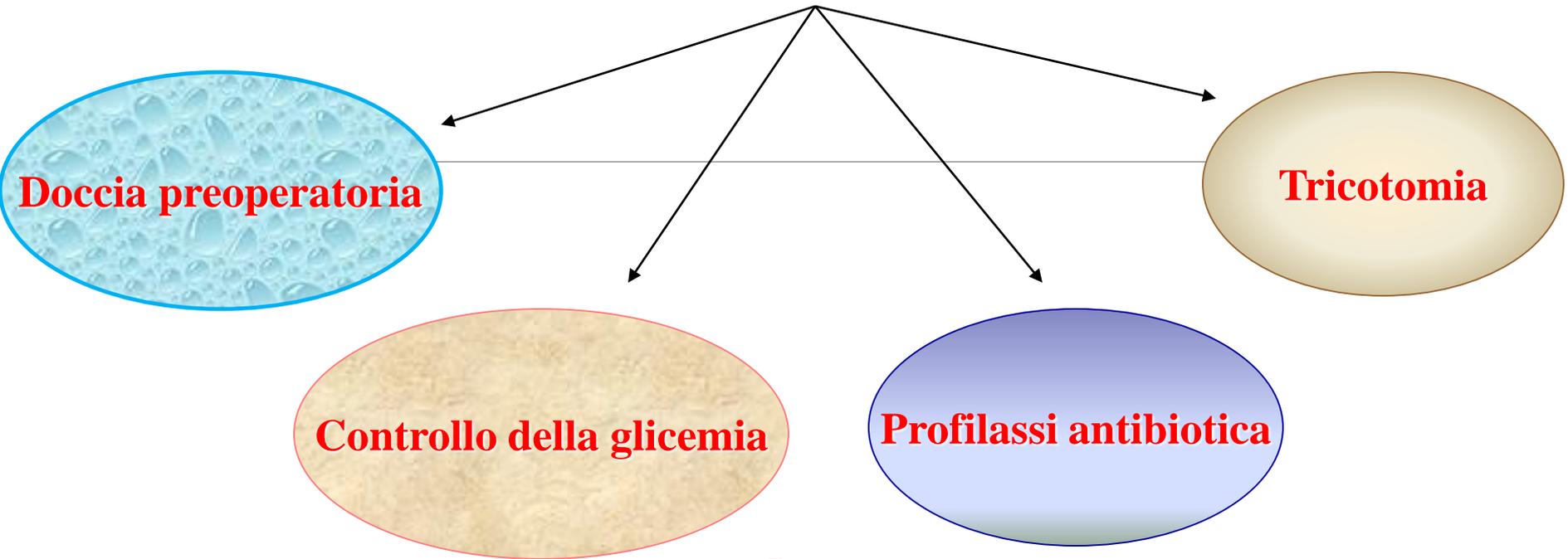
- Età
- Diabete
- Obesità
- Colonizzazione microbica
- Tabagismo
- Immunosoppressione
- Trattamento con corticosteroidi
- Stato nutrizionale

- Durata intervento
- Classe intervento
- Re-intervento
- CEC
- Elezione-Urgenza
- Tipo di graft

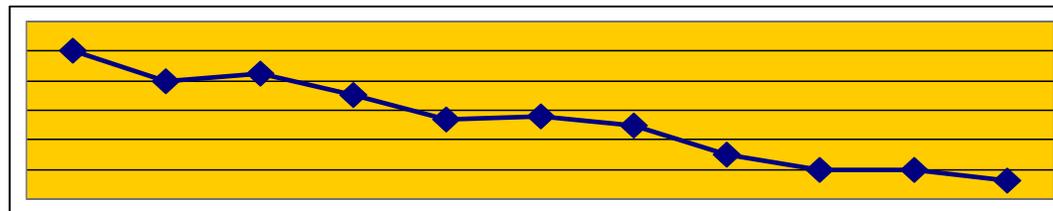
- Équipe Chirurgica
- Utilizzo antibiotici
- Trasfusioni
- Infezioni in altre sedi prima dell'intervento
- Tampone nasale pre-intervento
- Degenza pre-operatoria



I CDC di Atlanta evidenziano l'importanza su:



OBIETTIVO



DIMINUIRE IL TASSO DI ISC

Il processo di guarigione di una ferita chirurgica

È un processo attivo che ha bisogno di **condizioni ottimali** (sia esterne che interne alla ferita) perché esso possa risultare efficace.



La figura professionale dell' ***infermiere*** è di cruciale importanza nella gestione ottimale di tale processo, con particolare riferimento al controllo della ferita chirurgica e alle relative medicazioni.

L'**abilità**, le **conoscenze** e l'**atteggiamento** degli operatori sanitari, infatti, possono influire in modo determinante sull' aspettativa di **guarigione del paziente**, mediante un'attenta valutazione iniziale seguita da ripetute osservazioni sullo **stato clinico del sito sottoposto ad intervento.**

Il TRATTAMENTO della ferita chirurgica deve permettere di ottenere un completo ripristino delle funzioni della pelle e deve ridurre il rischio di infezione utilizzando procedure ottenute dall' evidenza scientifica.

Ogni ferita deve essere considerata come una porta di ingresso per i microrganismi,

pertanto vanno individuate specifiche regole per una corretta gestione nel postoperatorio:



-Mantenere una rigorosa asepsi durante la medicazione è la premessa indispensabile per prevenire infezioni e favorire la cicatrizzazione della ferita

- Effettuare il cambio della medicazione in ambiente a carica microbica controllata: nella sala di medicazione evitando le camere di degenza.



Importante inoltre ...

- Utilizzare **protocolli e linee guida** che rendano più facile lo svolgimento della procedura: una ferita chirurgica pulita deve essere medicata dopo **24/48ore** dall'intervento, una volta al giorno o a intervalli più lunghi.
- La rimozione della medicazione prima delle 24/48 ore si raccomanda **solo** se risulta sporca o bagnata, in quanto l'umidità e le secrezioni favoriscono la crescita batterica.
- Preferibile programmare le attività di medicazione, suddividendo i pazienti in base alla classificazione dell'intervento chirurgico.
- Eseguire un **lavaggio antisettico delle mani** prima e dopo la procedura.
- Aver cura di organizzare correttamente il carrello delle medicazioni, controllando attentamente tutto il materiale di cui si necessita.



Fattori che influiscono sulla guarigione delle ferite

- **Fattori sistemici:** nutrizione, ossigenazione dei tessuti, funzione cellulare immunitaria
- **Fattori individuali:** età, fumo e stress, malnutrizione/obesità, uso di farmaci (steroidi), diabete
- **Fattori locali:** tipo di intervento, presenza di infezione, cura della ferita

Valutazione delle complicanze di una ferita

- **Presenza di segni di infiammazione:** tumor, rubor, calor, dolor, functio laesa
- Presenza di secrezioni di **materiale purulento** (infezione)
- Presenza di sanguinamento (emorragia)
- Presenza di ematoma sottocutaneo
- Presenza di **deiscenza della ferita** e/o eviscerazione

Le domande da porsi

- La cute è calda ed arrossata? **(infiammazione)**
- La cute è sollevata e tumefatta? **(raccolta di pus, ematoma)**
- I margini della ferita sono aderenti e regolari o separate ed irregolari? **(deiscenza della ferita, punti allentati)**
- La ferita è asciutta o secerne materiale anomalo **(pus, bile, materiale intestinale)**
- **La ferita è sanguinante?** Quale colore presenta il sangue? (rosso vivo o marrone?) Con quale intensità sanguina?

Scopo di una medicazione

- **Proteggere da aggressioni microbiche esterne**
- Valutare la comparsa di emorragie, deiscenze, eviscerazioni
- Valutare l'andamento dei processi di cicatrizzazione di una ferita chirurgica di 1^a intenzione
- Valutare i processi di riparazione di una ferita che guarisce per 2^a intenzione
- **Controllare l'incisione cutanea attorno al drenaggio e la tenuta dei sistemi di fissaggio**
- Favorire il drenaggio di ferite infette
- Controllare e proteggere la cute da fenomeni irritativi attorno all'orifizio di fistole secernenti o stomie
- **Rimuovere i drenaggi ed i punti di sutura**

Tecnica di medicazione

Medicazione di 1^a intenzione (linee guida)

Proteggere una ferita che è stata chiusa per 1^a intenzione con una **medicazione sterile ed asciutta per 24 – 48 ore dopo l'intervento**

Lavarsi le mani prima e dopo aver cambiato medicazioni e ad ogni contatto con la ferita chirurgica

Quando bisogna cambiare una medicazione , **usare la tecnica sterile** (ferri chirurgici o guanti sterili), appoggiarsi su piani puliti e ridurre i movimenti d'aria (le operazioni di pulizia dovrebbero terminare almeno 30 minuti prima dell'esecuzione della medicazione)

Utilizzare disinfettanti di comprovata efficacia e a bassa tossicità (Iodofori, Clorexidina in soluzioni acquose)

Assenza di raccomandazioni riguardo la copertura, dopo le 48 ore, di una ferita chiusa per 1^a intenzione e riguardo il tempo appropriato per farsi una doccia o il bagno avendo una ferita non coperta



Tecnica di medicazione

- Eseguire il lavaggio sociale delle mani
- Indossare i guanti in lattice
- **Rimuovere la vecchia medicazione** staccando il cerotto e facendo attenzione a non creare lesioni della cute
- Cambiare i guanti
- **Disinfettare procedendo dall'alto verso il basso**
- Usare **un tampone per ogni applicazione** per prevenire la trasmissione di microrganismi
- **Applicare sterilmente garze pulite e chiudere con il cerotto**

Tecnica di medicazione

Medicazione di 2^a intenzione

Prevede la rimozione dei materiali infetti e la gestione con medicazioni avanzate che presentino i seguenti criteri:

- Mantenere la superficie della ferita umida e non bagnata
- Creare isolamento termico
- Creare una barriera antibatterica
- Non aderire alla ferita
- Ridurre/assorbire l'essudato infiammatorio
- Non lasciare residui sulla ferita
- Permettere gli scambi gassosi
- Alleviare il dolore

Materiale di medicazione

- Garze sterili, cerotti , guanti (lattice, polietilene, sterili), teli sterili
- Filo di sutura, steristrip
- Disinfettanti
- Ferri chirurgici
- Medicazioni alginate
- **Medicazioni idrocolloidi**
- Idrogel
- Schiuma di poliuretano
- Medicazione adesiva trasparente semipermeabile

Lo zaffo

- Uno zaffo sterile può essere **inserito in una ferita infetta o aperta**
- Evita che la ferita si chiuda prematuramente, **diminuisce il rischio di proliferazione di microrganismi e formazione di ascessi**

Disinfettanti

Clorexidina

- Bassa tossicità
- Elevata efficacia germicida
- Attività batteriostatica e battericida
- Antisepsi della cute integra, lesa e mucose

Disinfettanti

Acqua ossigenata

- Azione debolmente battericida
- Ottimo potere detergente
- Proprietà di liberare ossigeno che favorisce la rimozione meccanica dei tessuti necrotici
- Sensibile alla luce

Disinfettanti

Amuchina[®] (composti del cloro)

- Elevato potere battericida
- **Indicato per cute integra, lesa e mucose**
- Dissoluzione tessuti necrotici
- Recenti studi riportano un effetto irritante e ritardante la formazione del tessuto di granulazione
- Azione dissolvente dei coaguli, rischio di sanguinamento

Disinfettanti

Iodio e iodofori

- Ottimo potere battericida
- **Inattivato da materiale organico**
- Iodio in soluzione alcolica per cute integra
- Iodio in soluzione acquosa per antisepsi piccole ferite e mucose

La pulizia dei ferri chirurgici

- **Decontaminazione:** dopo l'uso i ferri devono essere immediatamente immersi in un decontaminante chimico di riconosciuta efficacia sul virus dell'HIV (DM 1990)
- **Pulizia:** possono essere immersi in un proteolitico per favorire la rimozione dei residui, prima di effettuare la pulizia manuale
- **Asciugatura**
- **Sterilizzazione:** possibilmente in confezioni singole con data di scadenza ben identificabile

Strumenti chirurgici



La valutazione del SNG

- Conoscere lo **scopo** della presenza del SNG
- Valutare i **rischi** legati alla permanenza del SNG

Scopi del SNG

- **Diagnostico:** in caso di emorragie digestive superiori
- **Detensione e svuotamento gastrico:** nell'ileo paralitico postoperatorio o da fenomeni infiammatori addominali (pancreatite)
- **Aspirazione di sostanze** (intossicazioni)
- **Nutrizione enterale** (pazienti intubati, disfagici, traumi cranio facciali, lesioni esofagee)

Rischi del SNG

- **Durante il posizionamento:** errato posizionamento in trachea o in bocca (arrotolato), epistassi, traumi alle vie aeree superiori, perforazione esofagea, aspirazione polmonare per vomito o reflusso gastroesofageo
- **Dislocazione:** molto pericoloso nei pazienti sottoposti a nutrizione enterale (polmonite ab ingestis)
- **Difficoltà di respirazione**
- **Difficoltà di deglutizione**
- **Lesioni da decubito**
- **Polmonite**
- **Alterazione della mucosa del cavo orale**

VIDEO

La rimozione del SNG

- E' pratica comune rimuovere il SNG **quando il paziente riprende la peristalsi**
- Numerosi studi hanno ormai dimostrato che non è necessario tenere in sede il SNG in tutti i pazienti dopo una laparotomia elettiva, mentre **il mantenimento può determinare gravi complicanze**
- Il SNG dovrebbe essere **messo solo ai pazienti che hanno bisogno di decompressione gastrica o intestinale** (sondino gastro digiunale), nel postoperatorio
- La rimozione al termine dell'intervento rispetto a quella decisa alla ripresa della peristalsi (3 – 4 giornata), non ha evidenziato significative differenze rispetto a nausea, vomito, distensione gastrica, infezioni, deiscenza della ferita, mentre risultano significativamente minori le complicanze polmonari nei pazienti con rimozione precoce













Introduzione della sonda

- o **Definire la lunghezza** della parte del sondino da introdurre (naso-orecchio- apofisi xifoidea)

- o **Posizione del paziente** durante l'introduzione
- o **paziente seduto** con colonna vertebrale in estensione, capo orientato in avanti, in posizione assiale

oppure

- o **paziente supino senza cuscino**, capo orientato in avanti in posizione assiale.
- o Mano dell'operatore dietro la nuca del paziente in modo da controllare la posizione della testa.
- o Preparazione all'introduzione del sondino
- o mettere un panno pulito sulle gambe (paziente seduto) o sul petto (paziente supino)
- o **ungere con luan i primi 20 cm della sonda**

Introduzione della sonda

- **Introduzione del sondino**
- introdurre la sonda puntando verso le vertebre cervicali fino a sentire lo stop della parete posteriore del faringe.
- spingere ancora e si deve avvertire il cedere di questo ostacolo(il sondino si e' incurvato verso il basso). Se l'ostacolo non cede far piegare indietro il capo e riprovare.
- superato l'ostacolo dire al paziente di piegare il capo in avanti il più possibile e di respirare con la bocca
- **spingere il sondino in faringe e in esofago**
- progredire lentamente eventualmente **sollecitando il paziente ad ingoiare.**
- se si avverte uno stop ritirare il sondino di un cm e controllare la posizione del capo che deve restare piegata
- arrivati a 30 cm si puo' far raddrizzare il capo e si continua ad introdurre molto lentamente.

Controllo del posizionamento

- **Aspirare il sondino** eliminando quanto possibile il contenuto gassoso dello stomaco. Non rimuovere il contenuto liquido.
- **Insufflare 20 cc di aria nel sondino e contemporaneamente auscultare in sede epigastrica.** Se immediatamente dopo l'insufflazione si avverte un rumore di gorgoglio oppure semplicemente di soffio si puo' avere la certezza di aver posizionato la punta del sondino oltre l'esofago (nello stomaco).

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

marcelloantonazzo@libero.it