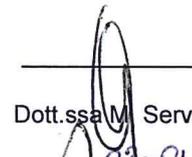
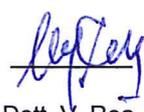


| | | | |
|---|--|---|--------------|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  | |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | Rev. 3 del 05/02/2019 | Pag. 1 di 28 |

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUZIONE | 2 |
| 2. SCOPO..... | 2 |
| 3. CAMPO DI APPLICAZIONE | 3 |
| 4. RESPONSABILITÀ | 3 |
| 4.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | 3 |
| 5. DESCRIZIONE ATTIVITÀ..... | 3 |
| 5.1 APPROPRIATEZZA DELL'ANTIBIOTICOPROFILASSI..... | 3 |
| 5.2 VALUTAZIONE DEL PAZIENTE | 10 |
| 5.3 RICHIESTA ANTIBIOTICI PER LA PROFILASSI..... | 12 |
| 5.4 SOMMINISTRAZIONE DELL'ANTIBIOTICO PROFILASSI | 13 |
| 5.5 PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA..... | 14 |
| 6. INDICATORI | 15 |
| 7. GESTIONE DELLE REVISIONI..... | 16 |
| 8. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE..... | 16 |
| 9. RIFERIMENTI..... | 16 |
| 9.1 RIFERIMENTI INTERNI | 16 |
| 9.2 RIFERIMENTI GENERALI..... | 16 |
| 10. SCHEDE PER SPECIALITÀ CHIRURGICHE..... | 18 |
| 11. SCHEDA VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA..... | 29 |

| REVISIONE | DATA | REDATTO | VERIFICATO COORDINATORE DEL G.D.L. | VERIFICA DI QUALITÀ DIRETTORE RMQ | APPROVATO DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE |
|-----------|------------|---------|---|---|---|
| Rev. 3 | 05/02/2019 | GdL |  Dott.ssa M.E. Bonaventura |  Dott.ssa M. Serva 02-04-2019 |  Dott. V. Rea |

Gruppo di Lavoro

Coordinatore: Dr.ssa M. E. Bonaventura UOSD Malattie Infettive

Dr.ssa A.S. Morgante – UOC DMO

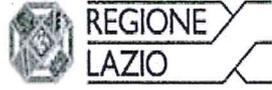
Dr.ssa A. Pitorri – UOSD M. Infettive

Dr.ssa A. Ferretti – UOC Anestesia/Rianimazione

Dr. M. Paolucci – UOC Chirurgia Generale

Dr. V. Falchetti Ballerani UOC DAPS

Dr.ssa E. Giordani - UOC Politiche del Farmaco

| | | |
|---|---|---|
|  | <p style="text-align: center;"><u>REGIONE LAZIO</u> <u>AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI</u> COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)</p> |  |
| | <p style="text-align: center;"><u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN</u> <u>CHIRURGIA</u></p> | <p style="text-align: center;">Rev. 3 del 05/02/2019</p> |

1. INTRODUZIONE

L'antibiotico profilassi in Chirurgia è un campo che presenta la più ampia variabilità di comportamenti, come documentato in numerosi studi sull'argomento, che riportano notevoli differenze, sia nella scelta della molecola da somministrare che nella tempistica e nella durata.

Attualmente, sulla base delle evidenze scientifiche, la profilassi chirurgica antimicrobica rappresenta una delle più frequenti necessità d'impiego degli antibiotici in ospedale; si stima costituisca il 40% circa delle richieste di tali farmaci.

Le infezioni del sito chirurgico (ISC), d'altro canto, continuano ad occupare un posto preminente tra le infezioni correlate all'assistenza, con un'incidenza tra il 2.8% e il 20% in rapporto alle differenti tipologie d'interventi. Il risultato è un aumento della degenza - compreso tra 7.3 e 14.3 giorni -, un conseguente incremento dei costi e un peggioramento della qualità delle prestazioni erogate, a prescindere dalle capacità professionali delle équipe chirurgiche.

Le linee guida costituiscono uno strumento fondamentale per introdurre e diffondere nella pratica medica le conoscenze e le modalità d'intervento più efficaci e condivise. Dalla loro applicazione deriva sia un miglioramento dell'assistenza, fondato sulla conoscenza dei risultati della migliore ricerca scientifica nella pratica clinica quotidiana, sia una riduzione della variabilità dei comportamenti clinici.

Questa procedura nasce dall'esigenza di una revisione della precedente, redatta nel 2006, per aggiornare le indicazioni sulla base delle più recenti linee-guida nazionali ed internazionali e per offrire ai chirurghi delle diverse specialità una guida di rapida e facile consultazione per l'applicazione della profilassi antibiotica più idonea ai diversi contesti.

2. SCOPO

Scopo della procedura è di definire la profilassi antibiotica perioperatoria e la tipologia di interventi in chirurgia d'elezione per i quali è raccomandata.

Nello specifico la profilassi antibiotica per i pazienti chirurgici mira a:

- ridurre l'incidenza di infezioni del sito chirurgico utilizzando gli antibiotici secondo prove di efficacia.
- Minimizzare gli effetti degli antibiotici sulla flora batterica del paziente.
- Minimizzare gli effetti indesiderati degli antibiotici.
- Indurre le minori modificazioni possibili alle difese immunitarie del paziente.
- Contrastare la farmacoresistenza.

La profilassi antibiotica affianca, ma non sostituisce, la necessità di una buona tecnica chirurgica; la prevenzione rappresenta una delle componenti essenziali di una politica efficace per il controllo delle infezioni acquisite in ospedale.

Per le *principali misure di prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica* si rimanda alla "Procedura di Monitoraggio delle Infezioni del Sito Chirurgico" PGCC-ICA/02Rev.0 del 11/04/2016.

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo è applicabile agli interventi in elezione eseguiti presso le strutture sanitarie della ASL di Rieti.

4. RESPONSABILITÀ

4.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Attività | Medico UO | Infermiere/ Infermiere di Sala | Farmacista | Anestesista |
|--|-----------|-----------------------------------|------------|-------------|
| Valutazione paziente/ prescrizione antibiotico | R | I | C | |
| Prescrizione dei farmaci farmaci per profilassi sulla sut | R | I | C | |
| Somministrazione e registrazione avvenuta somministrazione | C | R | | |
| Eventuali successive somministrazioni di antibiotico | | C | | R |

5. DESCRIZIONE ATTIVITÀ

5.1 APPROPRIATEZZA DELL'ANTIBIOTICOPROFILASSI

La scelta della molecola antibiotica più idonea è effettuata in base al tipo di intervento sulla base di criteri clinici e microbiologici.

I fattori che condizionano la scelta dell'antibiotico, sulla base delle prove disponibili, sono :

- I batteri responsabili delle infezioni del sito chirurgico.
- La sede dell'intervento e caratteristiche farmacocinetiche dell'antibiotico.
- La tossicità intrinseca del farmaco e le sue possibili interazioni.
- L'efficacia dimostrata in studi clinici controllati randomizzati e gli effetti sull'ecosistema.
- La presenza di eventuali allergie ad antibiotici.
- Il costo.

L'antibiotico scelto dovrà avere uno spettro di azione che garantisca l'efficacia nei confronti dei probabili contaminanti endogeni e tenga conto delle situazioni sotto elencate:

- a. **Batteri responsabili della contaminazione del campo operatorio e dell'infezione del sito chirurgico:** Si distinguono due tipi di contaminazione del campo operatorio, quella endogena e quella esogena.

- **contaminazione endogena** i microrganismi responsabili della contaminazione sono i saprofiti presenti sulla cute e/o sulle mucose sedi dell'intervento e quindi prevedibili per ogni

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

tipo di intervento (Es: *Staphylococcus aureus* *Staphylococcus epidermidis* in caso di contaminazione proveniente dalla cute; *Escherichia coli*, ovvero un'altra Enterobacteriaceae o un anaerobio, in casi di intervento sull'intestino). Sebbene un gran numero di microrganismi possa teoricamente causare ISC, esse in realtà sono generalmente dovute a un numero limitato di patogeni (vedi tabella 1). *Il microrganismo contaminante solitamente non presenta antibiotico-resistenza se nel periodo immediatamente precedente l'intervento, il paziente non ha soggiornato a lungo in ospedale e/o non è stato sottoposto a terapia antibiotica.*

- **contaminazione esogena** è provocata da microrganismi ambientali o in ogni caso non provenienti dalla flora batterica del paziente, tale contaminazione è la conseguenza del mancato rispetto delle norme di prevenzione. Pertanto i microrganismi che vengono in contatto con il paziente in modo accidentale non sono prevedibili a priori. È dimostrato che l'efficacia della profilassi si limita ai contaminanti endogeni, solo questi patogeni possono, infatti, essere ragionevolmente previsti e quindi «coperti» dalla profilassi antibiotica. Tuttavia, nel caso si verifichi una contaminazione ambientale che provochi episodi epidemici di infezione postoperatoria, nell'attesa di individuare e rimuovere la causa della contaminazione, l'antibiotico usato a scopo profilattico, dovrà essere efficace nei confronti del microrganismo responsabile dell'epidemia.

Tabella 1: Microrganismi più frequentemente in causa nelle infezioni postoperatorie.

| Tipo di chirurgia | Microrganismi più frequentemente in causa |
|--|---|
| Qualsiasi Sito Anatomico | <ul style="list-style-type: none"> - Stafilococchi (<i>Staphylococcus aureus</i>; - Stafilococchi coagulasi-negativi); - Streptococchi |
| Chirurgia Vascolare | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Staphylococcus aureus</i>; - Stafilococchi coagulasi negativi; - Enterobatteri NB: <i>in caso d'amputazione d'arto inferiore possono essere presenti anche Clostridi</i> |
| Chirurgia Cardiaca | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Staphylococcus aureus</i>; - Stafilococchi coagulasi negativi |
| Chirurgia Toracica | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Staphylococcus aureus</i>; - Stafilococchi coagulasi-negativi; - Streptococchi; - Enterobatteri. |
| Chirurgia della Testa e del Collo / Interventi Otorinolaringoiatrici Pulito- Contaminati | <ul style="list-style-type: none"> - Anaerobi; - Enterobatteri; - <i>Staphylococcus aureus</i>; - Streptococchi |
| Chirurgia Gastrointestinale | <ul style="list-style-type: none"> - Enterobatteri; - Cocchi gram-positivi |
| Chirurgia Esofagea | <ul style="list-style-type: none"> - Enterobatteri; - Cocchi gram-positivi |
| Chirurgia Gastroduodenale | <ul style="list-style-type: none"> - Enterobatteri; - Cocchi gram-positivi |
| Tipo di chirurgia | Microrganismi più frequentemente in causa |
| Chirurgia Biliare | <ul style="list-style-type: none"> - Enterobatteri; - Enterococchi |
| Chirurgia Coloretale /Appendicectomia | <ul style="list-style-type: none"> - Enterobatteri; - Enterococchi; - Anaerobi |
| Chirurgia Ortopedica Procedure elettive e Fratture chiuse | <ul style="list-style-type: none"> - Stafilococchi coagulasi-negativi; - <i>Staphylococcus aureus</i> |

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

| | |
|------------------------------------|---|
| Chirurgia Ostetrica e Ginecologica | <ul style="list-style-type: none"> - Enterobatteri. - Streptococchi; - Anaerobi; - Enterococchi |
| Aborto | <p><i>N.B. Sono state descritte infezioni postoperatorie da Chlamydia trachomatis in donne colonizzate/infette al momento dell'intervento</i></p> |
| Chirurgia Urologica | <ul style="list-style-type: none"> - Enterobatteri; - Enterococchi - Anaerobi (in interventi con accesso trans rettale) |
| Neurochirurgia | <ul style="list-style-type: none"> - Stafilococchi coagulasi-negativi - Anaerobi (negli interventi con accesso attraverso naso, seni paranasali e orofaringe) |

- b. **Sede dell'intervento e caratteristiche farmacocinetiche dell'antibiotico:** l'antibiotico scelto dovrà avere caratteristiche cinetiche che gli consentano di raggiungere la sede dell'intervento in concentrazioni superiori a quelle minime inibenti (MIC) per i patogeni bersaglio. Tale concentrazione efficace dovrà essere mantenuta per l'intera durata dell'intervento.
- c. **Tossicità intrinseca del farmaco e sue possibili interazioni:** tra i farmaci efficaci, la scelta dovrà cadere su quelli con il miglior rapporto rischio benefico. A parità d'efficacia, dovrà infatti essere scelto, il farmaco con la minore probabilità di provocare una patologia d'organo o di interagire con altri farmaci somministrati al paziente, in particolare con quelli utilizzati per l'anestesia. Quando si scelgono antibiotici in grado di interagire con gli altri trattamenti farmacologici in corso, si dovranno considerare gli opportuni aggiustamenti posologici.
- d. **Efficacia dimostrata in studi clinici controllati randomizzati ed effetti sull'ecosistema:** moltissimi sono gli studi clinici randomizzati controllati che nel corso degli anni sono stati eseguiti per dimostrare l'efficacia degli antibiotici rispetto al placebo nella prevenzione delle complicanze infettive postoperatorie. I primi farmaci che si sono dimostrati efficaci sono state le **cefalosporine di I e II generazione**, le **penicilline**, le **lincosamidie** gli **aminoglicosidie** fra questi in particolare la **gentamicina**. Recentemente sono stati pubblicati studi che dimostrano l'efficacia nella profilassi di antibiotici utilizzati abitualmente nella terapia delle infezioni nosocomiali da germi multiresistenti, quali talune penicilline associate a un inibitore delle betalattamasi, le cefalosporine di III o IV generazione, i carbapenemi, i glicopeptidi. Molto meno numerosi sono gli studi che confrontano l'efficacia nella profilassi dei farmaci recenti rispetto a quelli in uso ormai da molti anni. Non esistono in ogni caso studi metodologicamente corretti che dimostrino la superiorità dei farmaci più recenti nella prevenzione delle ISC; in particolare, nessuno studio o revisione con caratteristiche metodologiche adeguate ha dimostrato la maggiore efficacia di una cefalosporina di III o di IV generazione rispetto ad altri antibiotici. Molte sono invece le dimostrazioni degli effetti negativi sulla flora batterica (nel singolo paziente e nell'ecosistema) causati dal cospicuo impiego di tali antibiotici; per esempio, è dimostrato che la frequenza di stafilococchi meticillino-resistenti è direttamente proporzionale al consumo di cefalosporine di III generazione.
- e. **Presenza di eventuali allergie ai betalattamici:** I pazienti con una storia di anafilassi, orticaria o esantema insorti immediatamente dopo una terapia con penicillina sono a maggior rischio di presentare un fenomeno di ipersensibilità immediata e non devono essere sottoposti a profilassi con antibiotici betalattamici. Quando le linee guida operative di profilassi antibiotica perioperatoria raccomandano in prima scelta l'uso di antibiotici betalattamici, si deve sempre prevedere un'alternativa per i pazienti con allergia alle penicilline o alle cefalosporine.

| | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|--------------|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | <u>REGIONE LAZIO</u> AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  | Rev. 3 del 05/02/2019 | Pag. 6 di 28 |
| | <u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN</u> <u>CHIRURGIA</u> | | | |

- f. **Costo:** nella scelta dell'antibiotico da usare in profilassi si dovrebbe considerare anche l'aspetto economico: a parità di efficacia e di impatto ambientale, bisognerebbe preferire il farmaco con minor prezzo di acquisto e minori costi di preparazione e somministrazione.
- g. **Classe di Intervento:** gli interventi possono essere suddivisi in 4 classi (Tabella 2) secondo il grado di contaminazione batterica e della conseguente incidenza di infezioni postoperatorie. Per gli interventi di elezione la profilassi antibiotica è raccomandata nella chirurgia pulita (per le sole condizioni in cui l'eventuale complicità postoperatoria mette a rischio la vita del paziente) e nella chirurgia pulita-contaminata. Nel caso della chirurgia contaminata la scelta di eseguire una profilassi piuttosto che una terapia andrà valutata separatamente per ogni tipologia di intervento o situazione sulla base delle prove disponibili. Per quanto riguarda la chirurgia sporca si raccomanda di iniziare da subito una terapia. Per gli interventi eseguiti in urgenza le raccomandazioni contenute in questa procedura sono limitate alla chirurgia pulita (per esempio: intervento per un aneurisma dell'aorta addominale o riduzione a cielo aperto di frattura chiusa) e al taglio cesareo, intervento che, qualora avvenga a travaglio in atto e/o dopo rottura delle membrane, dovrebbe essere considerato di tipo pulito-contaminato.

Tabella 2: Classificazione degli interventi in base al grado di contaminazione batterica

| CLASSE | DEFINIZIONE | ANTIBIOTICOPROFILASSI |
|---|--|---|
| Ferita Chirurgica PULITA (Classe I ^A) | Ferita operatoria non infetta, in cui non si trovano processi infiammatori e non sono coinvolti il tratto respiratorio, alimentare e genito-urinario, con drenaggio chiuso. Sono incluse nella categoria le incisioni chirurgiche che seguono un trauma non penetrante, se rispondono ai criteri suddetti. | NON RACCOMANDATA (ad eccezione dei casi in cui vi siano fattori aggiuntivi di rischio) |
| Ferita Chirurgica PULITA-CONTAMINATA (Classe II ^A) | Ferita operatoria in cui vengono coinvolti il tratto respiratorio, alimentare, genito-urinario, in condizioni controllate e senza contaminazioni anomale. Sono inclusi gli interventi che coinvolgono il tratto biliare, l'appendice, la vagina e l'orofaringe, senza infezioni evidenti o gravi errori di tecnica chirurgica. | RACCOMANDATA |
| Ferita Chirurgica CONTAMINATA (Classe III ^A) | Ferita aperta, recente, traumatica. Interventi con importante interruzione delle procedure asettiche (es: massaggio cardiaco a cuore aperto) o importante contaminazione per spandimento del contenuto gastrointestinale e incisioni in presenza di un processo infiammatorio acuto non purulento. | RACCOMANDATA |
| Ferita Chirurgica SPORCA (Classe IV ^A) | Vecchie ferite traumatiche con ritenzione di tessuto necrotico e ferite che coinvolgono preesistenti infezioni o perforazioni di visceri. I germi causali di questo tipo di ISC sono già presenti prima dell'intervento. | NON RACCOMANDATA effettuare ANTIBIOTICOTERAPIA |

| | | |
|--|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | <u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN</u> <u>CHIRURGIA</u> | Rev. 3 del 05/02/2019 |

- h. **Durata della Degenza:** tempo che intercorre tra l'ingresso e l'intervento. Nelle 48 ore successive all'ingresso in ospedale, in particolare se durante la degenza è somministrata una terapia antibiotica, la cute del paziente è progressivamente colonizzata da stipti batterici di origine nosocomiale, spesso resistenti agli antibiotici. È così favorita l'insorgenza di infezioni del sito chirurgico dovute a germi multiresistenti con allungamento della degenza postoperatoria. Per tale ragione è importante limitare i tempi di degenza preoperatoria; nei casi in cui non sia possibile o in occasione di nuovi interventi eseguiti nel corso della stessa degenza si dovrà tenerne conto nella scelta dell'antibiotico da utilizzare in profilassi.
- i. **Durata dell'intervento:** tempo che intercorre tra l'incisione chirurgica e la sutura della cute. La durata del singolo intervento è direttamente correlata al rischio di infezione della ferita, che si somma a quello della classe di intervento se la durata dell'intervento è maggiore al valore soglia di durata per quella categoria di intervento. Per questo è stata fissata una durata soglia per ogni categoria di intervento (soglia che corrisponde al 75° percentile della distribuzione delle durate di intervento nel sistema di sorveglianza statunitense) I valori soglia per ciascuna categoria di intervento sono riportati in tabella 3.

| | | | | |
|--|--|---|-----------------------------|--------------|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  | Rev. 3 del 05/02/2019 | Pag. 8 di 28 |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | | | |

Tabella 3: DURATA DEGLI INTERVENTI (75° PERCENTILE) PER CATEGORIA NHSN

| Categorie di intervento | Descrizione | Durata in minuti (75° percentile) |
|-------------------------|--|-----------------------------------|
| AAA | Riparazione di aneurisma aortico | 217 |
| AMP | Amputazione di arti | 81 |
| APPY | Appendicectomia | 81 |
| AVSD | AVSD | 112 |
| BILI | Escissione vie biliari | 321 |
| BRST | Chirurgia della mammella | 198 |
| CARD | Chirurgia cardiaca | 306 |
| CCA | Endoarterectomia carotidea | 124 |
| CBGB | Bypass coronarico con incisione di torace e sito | 301 |
| CBGC | Bypass coronarico solo con incisione di torace | 288 |
| CHOL | Colecistectomia | 99 |
| COLO | Chirurgia del colon | 187 |
| CRAN | Craniotomia | 225 |
| CSEC | Taglio cesareo | 56 |
| FUSN | Fusione vertebrale | 208 |
| FX | Riduzione aperta di fratture | 138 |
| GAST | Chirurgia gastrica | 160 |
| HER | Emioraffia | 124 |
| HPRO | Protesi d'anca | 120 |
| HTP | Trapianto di cuore | 377 |
| HYST | Isterectomia addominale | 143 |
| KPRO | Protesi di ginocchio | 118 |
| KTP | Trapianto di rene | 237 |
| LAM | Laminectomia | 166 |
| LTP | Trapianto di fegato | 414 |
| NECK | Chirurgia del collo | 363 |
| NEPH | Nefrectomia | 257 |
| OVRV | Chirurgia delle ovaie | 183 |
| P/ACE | Chirurgia su Paoemaker | 73 |

| | | |
|---|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

| Categorie di intervento | Descrizione | Durata in minuti (75° percentile) |
|-------------------------|---|-----------------------------------|
| PRST | Prostatectomia | 245 |
| PVBY | Bypass vascolare periferico | 221 |
| REC | Chirurgia rettale | 252 |
| RFUSN | Rifusione vertebrale | 310 |
| SB | Chirurgia intestino tenue | 182 |
| SPLE | Splenectomia | 217 |
| THOR | Chirurgia toracica | 188 |
| THYR | Chirurgia della tiroide e/o paratiroidi | 150 |
| VHYS | Isterectomia vaginale | 133 |
| VSHN | Shunt ventricolare | 79 |
| XLAP | Laparotomia | 188 |

Fonte NHSN 2009

- l. **Impianto di Materiale Protesico:** utilizzo di dispositivi medici (protesi) a permanenza nella sede d'intervento. L'impianto di qualsiasi materiale protesico aumenta il rischio di infezione della ferita del sito chirurgico, poiché riduce le difese dell'ospite. In presenza di materiale protesico è infatti sufficiente una carica batterica bassa per causare l'infezione.
- m. **Malattie concomitanti:** comorbidità presenti al momento dell'intervento e misurabili con punteggio ASA (Tabella 3). La presenza di un punteggio ASA >2 si associa a un aumentato rischio di infezione della ferita: tale rischio si somma a quello della classe di intervento e della sua durata.

Tabella 4: Grading Anestesiologico (Classificazione dell'American Society of Anesthesiologists).

| Punteggio ASA | Condizione fisica |
|---------------|--|
| 1 | paziente sano |
| 2 | paziente con lieve malattia sistemica |
| 3 | paziente con grave malattia sistemica che ne limita le attività, ma non invalidante |
| 4 | paziente con malattia sistemica invalidante che causa continua minaccia di morte |
| 5 | paziente moribondo con attesa di vita inferiore alle 24 ore con o senza l'intervento |

| | | |
|---|---|---|
|  | <p style="text-align: center;"><u>REGIONE LAZIO</u> <u>AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI</u> COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)</p> |  |
| | <p style="text-align: center;"><u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN</u> <u>CHIRURGIA</u></p> | <p style="text-align: center;">Rev. 3 del 05/02/2019</p> |

5.2 VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Il chirurgo, in fase di pre-ospedalizzazione, valuta il paziente e compila la "**Scheda di valutazione rischio infezione sito chirurgico "MRPGCC - ICA01/1"**", nel quale effettua una valutazione dell'indice di rischio relativo all'intervento indaga su eventuali fattori di rischio per endocardite batterica e prescrive la antibioticoprofilassi.

Per la scelta dell'antibiotico dovrà valutare i seguenti aspetti:

- l'antibiotico scelto dovrà avere uno spettro d'azione che garantisca l'efficacia nei confronti dei probabili contaminanti sulla scorta dei dati derivati da dati epidemiologici e da Linee Guida (vedi schede...);
- quanto riportato in tabella 5: "Raccomandazioni di profilassi chirurgica per tipologia di intervento;
- per quanto possibile *va evitato l'uso di antibiotici normalmente utilizzati negli schemi terapeutici delle UU.OO. interessate.*
- I fattori di rischio per endocardite batterica e prescrivere eventuale profilassi.

Al momento del ricovero il medico della UU.OO provvederà ad annotare il farmaco individuato nella SUT.

La scelta di:

- ricorrere a una profilassi non indicata nella presente procedura e/o da linee-guida validate;
- somministrare la profilassi a pazienti sottoposti a interventi per i quali essa non è raccomandata;
- optare per il farmaco di seconda scelta;

può essere giustificata da situazioni particolari.

In questi casi i criteri utilizzati per la valutazione del rischio e la scelta di una profilassi non raccomandata devono essere registrati nel verbale operatorio e riportati in cartella clinica.

| | | |
|--|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

Tabella 5: Raccomandazioni di profilassi chirurgica per tipologia di intervento

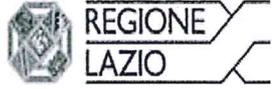
| Intervento (sede) | Raccomandata | Non raccomandata |
|--|---------------------|-------------------------|
| • Chirurgia Vascolare | | |
| Amputazione di arto | x | |
| Addominale e degli arti inferiori | x | |
| TEA della carotide senza materiale protesico | | x |
| TEA della carotide con materiale protesico | x | |
| Legatura/Stripping di vene Varicose Altra occlusione chirurgica di vasi | | x |
| Gangliectomia | | x |
| Disostruzione arteriosa (Fogarty) | x | |
| Chirurgia dei tronchi epiaortici con e senza protesi | x | |
| Impianto di endoprotesi aortica | x | |
| Chirurgia vascolare toracica con e senza protesi | x | |
| Chirurgia venosa dei grossi tronchi con e senza protesi | x | |
| Chirurgia venosa periferica (safenectomia, flebectomie) | | x |
| • Chirurgia Otorinolaringoiatria | | |
| Testa/collo contaminata e pulita/contaminata | x | |
| Chirurgia dell'orecchio pulita (<i>timpanoplasticamiringoplastica</i>) | | x |
| Chirurgia dell'orecchio pulita-contaminata o contaminata | x | |
| Testa e collo pulita | | x |
| Naso o seni nasali o paranasali | | x |
| Adenotonsillectomia | | x |
| • Chirurgia Generale | | |
| Chirurgia colo-rettale | x | |
| Appendicectomia | x | |
| Ricanalizzazione intestinale | x | |
| Chirurgia biliare aperta | x | |
| Chirurgia epatica resettiva /Chirurgia pancreatica | x | |
| Chirurgia oncologica della mammella /Mammoplastica riduttiva e additiva | x | |
| Procedure pulito-contaminate non menzionate esplicitamente altrove | x | |
| Gastrostomia endoscopica | x | |
| Chirurgia gastroduodenale | x | |
| Chirurgia dell'esofago | x | |
| Chirurgia dell'intestino tenue | x | |
| Chirurgia laparoscopica per reflusso gastro-esofageo | x | |
| Laparocele | | x |
| Ernioplastica con protesi (LPSLPT) | | x |
| Ernioplastica senza protesi (LPS-LPT) | | x |
| Colecistectomia laparoscopica non complicata | | x |
| Colecistectomia per via laparotomica | x | |
| Colecistectomia video-laparoscopica complicata | x | |
| Laparoscopia diagnostica e/o lisi di aderenze / Biopsia escissionale di struttura linfatica superficiale | | x |
| • Chirurgia Ortopedica | | |
| Artroprotesi dell'anca ,del ginocchio, della spalla | x | |

| | | |
|--|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

| | | |
|--|---------------------|-------------------------|
| Fissazione di fratture chiuse | x | |
| Frattura dell'anca | x | |
| Chirurgia rachide | x | |
| Inserzione protesica | x | |
| Chirurgia ortopedica senza uso di protesi | | x |
| Sindrome del tunnel carpale | | x |
| Chirurgia ortopedica che coinvolga una o più articolazioni | x | |
| Chirurgia su politraumatizzati | x | |
| • Chirurgia Ostetrica e Ginecologica | | |
| Taglio cesareo elettivo e non elettivo | x | |
| Isterectomia addominale | x | |
| Isterectomia vaginale | x | |
| Isterectomia addominale radicale | x | |
| Endoscopia ginecologica | x | |
| Laparoscopica | x | |
| Aborto indotto entro e dopo 90 gg | x | |
| Intervento (sede) | <i>Raccomandata</i> | <i>Non raccomandata</i> |
| Laparoscopia diagnostica, interventi ginecologici minori, conizzazione della cervice, isteroscopia diagnostica/operativa, interventi sugli annessi | | x |
| Miomectomia | x | |
| Interventi laparotomici uro-ginecologici | x | |
| Vulvectomia semplice e radicale | x | |
| • Chirurgia Urologica | | |
| Idrocele, Varicocele, Orchidopessi, Orchiectomia | | x |
| Cisti dell'epididimo e fimosi | x | |
| Adenomiectomia trans-vescicale | x | |
| Biopsia prostatica transrettale | x | |
| Interventi sull'uretere e uretra | | x |
| Litotripsia con onde d'urto | x | |
| Resezione prostatica transuretrale (TURP) | x | |
| Resezione transuretrale di neoplasia vescicale | | x |
| Prostatectomia radicale- Cistectomia radicale | x | |
| Interventi sul parenchima renale (<i>nefrotomia, nefrostomia</i>), Nefrectomia | x | |
| Asportazione di idrocele (della tunica vaginale) | x | |
| • Chirurgia Oftalmologica | | |
| Chirurgia della cataratta | x | |

5.3 RICHIESTA ANTIBIOTICI PER LA PROFILASSI

L'approvvigionamento dei farmaci per profilassi, si effettua presso la Sala Operatoria o la Sala Parto, e resta a carico delle singole Unità Operative.

| | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|---------------|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  | Rev. 3 del 05/02/2019 | Pag. 13 di 28 |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | | | |

5.4 SOMMINISTRAZIONE DELL'ANTIBIOTICO PROFILASSI

a. Scelta della dose

Generalmente è accettata come buona pratica clinica che la dose di antibiotico utilizzata per la profilassi **sia la stessa che si usa per la terapia**; tale dose deve garantire concentrazioni plasmatiche di antibiotico superiori alle minime inibenti (MIC) per i probabili germi contaminanti. Nel caso si decida di prolungare la profilassi per 24 ore, le dosi da impiegare e gli intervalli di somministrazione sono mediamente sovrapponibili a quelli utilizzati in terapia. Nella tabella 6 sono indicati gli antibiotici consigliati ed i relativi dosaggi di utilizzo per la profilassi perioperatoria inseriti in scheda tecnica (V) o fuori scheda tecnica (O).

Per i farmaci per i quali non vi è indicazione autorizzata in scheda tecnica è necessario per la prescrizione off label dei farmaci acquisire il consenso informato del paziente. I pazienti con una storia di anafilassi, orticaria o esantema insorti immediatamente dopo una terapia con penicillina sono a maggior rischio di presentare un fenomeno di ipersensibilità immediata e non devono essere sottoposti a profilassi con antibiotici betalattamici. Per questa popolazione di pazienti è prevista una terapia alternativa.

Tabella 6: Antibiotici utilizzabili in profilassi

| Antibiotico | Indicazione presente in scheda tecnica (V) o fuori scheda tecnica (O) | Dosaggi |
|-----------------------|---|--|
| Amoxicillina | V | 2,2 g (1,2 g se peso < 50 Kg) da infondere in 30 minuti |
| Cefazolina | V | 2 gr. |
| Clindamicina | O | 600 mg |
| Cefoxitina | V | > 50 Kg 2 g < 50 Kg 1 g |
| Vancomicina | O | 1 gr |
| Metronidazolo | V | 500 mg |
| Piperacillina | V | 4 gr |
| Gentamicina | O | fl. 80 mg (3 mg/kg) |
| Ciprofloxacina | O | 400 mg |
| Doxiciclina (os) | V | 200 mg cp. |
| Ampicillina-Sulbactam | V | 3 gr (2+1) |

b. Modalità di somministrazione

La somministrazione della profilassi antibiotica per via endovenosa deve avvenire all'interno della Sala Operatoria **all'induzione dell'anestesia e comunque non oltre i 60 minuti precedenti l'intervento**.

La somministrazione avviene, per questi motivi sotto il controllo dell'anestesista, l'ora di somministrazione e il farmaco utilizzato devono essere annotati in cartella clinica e in cartella anestesiologicala.

Qualora si rendesse necessario l'impiego della **Vancomicina**, *l'infusione deve essere effettuata in non meno di un'ora, prevedendone il completamento entro 1 ora dall'incisione*.

Dovrebbe essere tenuta in considerazione la **somministrazione di dosi aggiuntive intraoperatorie** di antibiotico, da annotare sempre nella cartella anestesiologicala, se:

- l'intervento è ancora in corso dopo un tempo dall'inizio dell'intervento pari al doppio dell'emivita del farmaco impiegato (tabella 7);
- se la procedura chirurgica ha una durata superiore alle quattro ore;

| | | | |
|--|--|--|---------------|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  Rev. 3 del 05/02/2019 | Pag. 14 di 28 |
| | <u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA</u> | | |

- se è presente una perdita di sangue superiore ai 1.500 millilitri o se è stata eseguita un'emodiluizione oltre i 15 millilitri/chilogrammo.

In caso di iniezione oculare intracamerale, nella chirurgia oftalmica, la somministrazione viene effettuata prima del termine dell'intervento.

La scelta di continuare la profilassi oltre le prime 24 ore del postoperatorio può essere giustificata solo in **situazioni cliniche definite**, quando l'indice di rischio di infezioni postoperatorie risulta essere alto e comunque sempre **dopo la consulenza dell'infettivologo**. Tale decisione deve essere sempre **motivata in cartella clinica**.

Tabella 7: Emivita dei principali antibiotici utilizzati per la profilassi perioperatoria

| FARMACO | T ½ (h) | NOTE |
|-----------------------|---------|---|
| Ampicillina | 1.2 | |
| Cefoxitina | 0.68 -1 | per via ev lenta, di norma in 100 ml di soluzione fisiologica in 10-15 minuti; eventuale dose intraoperatoria dopo 2h |
| Ampicillina-Sulbactam | 1.2 | |
| Cefazolina | 1.9 | |
| Clindamicina | 2.4 | |
| Gentamicina | 2.5 | La dose non va ripetuta |
| Vancomicina | 4-6 | Da infondere in 1 h. alla concentrazione max. di 5mg/mL |
| Metronidazolo | 10 | |
| Doxiciclina | 18 | Per os |

5.5 PROFILASSI DELL'ENDOCARDITE BATTERICA

Nei pazienti a rischio molte procedure diagnostiche e chirurgiche possono causare batteriemia con conseguente impianto di germi a livello di malformazioni valvolari o di altre strutture cardiache alterate. Scopo delle seguenti raccomandazioni è presentare una sintesi delle condizioni a rischio per il paziente, fornendo indicazioni per la profilassi antibiotica.

Situazioni a Rischio per lo sviluppo di Endocardite Batterica

5.5.1 Categorie ad Alto Rischio:

- Presenza di protesi valvolari cardiache, comprese valvole biologiche, autograft ed homograft
- Storia di pregressa endocardite batterica
- Cardiopatie congenite cianogene complesse (*con ventricolo unico, trasposizioni dei grossi vasi, tetralogia di Fallot etc.*)
- Presenza di shunt sistemico-polmonari creati chirurgicamente

5.5.2 Categoria a Rischio Moderato:

- La maggior parte delle cardiopatie congenite (escluse quelle sopra e sotto riportate)
- Disfunzioni valvolari acquisite (es. stenosi post-reumatica)
- Cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva
- Prolasso valvolare mitralico con rigurgito valvolare

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  | |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | Rev. 3 del 05/02/2019 | Pag. 15 di 28 |

5.5.3 Categorie a minimo rischio (se presenti, valgono solo le normali regole di profilassi antibiotica chirurgica):

- Difetti del setto interatriale
- Pazienti già operati di chiusura di difetto interatriale, interventricolare o del dotto di Botallo da più di 6 mesi e senza shunt residuo
- Pazienti operati di Bypass Aortocoronarico
- Prolasso valvolare mitralico senza insufficienza valvolare
- Storia di Febbre reumatica senza disfunzioni valvolari residue
- Presenza di Pacemaker o Defibrillatori cardiaci

Tabella 3 - Regimi di profilassi della endocardite infettiva

| ORALE | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | <i>ADULTI</i> | <i>BAMBINI</i> |
| Amoxicillina | 2 g 1 ora prima | 50 mg/kg 1 ora prima |
| Allergia alla penicillina: | | |
| Azitromicina | 500 mg 1 ora prima | 15 mg/kg 1 ora prima |
| OPPURE | | |
| Clindamicina | 600 mg 1 ora prima | 20 mg/kg 1 ora prima |
| PARENTERALE | | |
| Ampicillina | 2 g im o ev 30-60' prima | 50 mg/kg im o ev 30-60' prima |
| OPPURE | | |
| Ceftriaxone | 1 g im o ev 30-60' prima | 50 mg/kg im o ev 30-60' prima |
| Allergia alla penicillina: | | |
| Clindamicina | 600 mg ev o im 30-60' prima | 20 mg/kg ev o im 30-60' prima |

6. INDICATORI

| INDICATORE DI PROCESSO | STANDARD | RESPONSABILE RILEVAZIONE | FREQUENZA RILEVAZIONE | FONTE |
|--|----------|--------------------------------|-----------------------|------------------|
| Pazienti a cui è stata prescritta la profilassi secondo procedura/totale dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico | ≥80% | UOSD Risk Management e Qualità | Semestrale | Cartella Clinica |
| N. audit nelle UU.OO | 4 | UOC DMO | Annuale | Verbali |
| N. schede di "Valutazione Rischio Infezione Sito Chirurgico (MRPGCC-ICA01/1) correttamente compilate/n. interventi chirurgici. | ≥80% | UOSD Risk Management e Qualità | Semestrale | Cartella Clinica |

| | | |
|--|---|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | <u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA</u> | Rev. 3 del 05/02/2019 |

7. GESTIONE DELLE REVISIONI

La presente Procedura sarà oggetto di revisione e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse, ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti-legislativi.

8. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili e ai coordinatori infermieristici delle UU.OO. coinvolte dalla DMO e dal DAPS. I responsabili e i coordinatori infermieristici delle UU.OO. dovranno dare evidenza della diffusione della presente procedura inviando alla DMO il modulo Lista di Distribuzione MRPGCC-ICA01/2 contenente le firme degli operatori delle UU.OO.

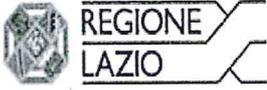
9. RIFERIMENTI

9.1 RIFERIMENTI INTERNI

- Procedura Aziendale Prevenzione e Sorveglianza Infezioni del sito chirurgico, Rev.2019
- Scheda di valutazione rischio infezione sito chirurgico
- Scheda 1 Chirurgia Vascolare
- Scheda 2 Chirurgia Otorinolaringoiatrica
- Scheda 3 Chirurgia Generale
- Scheda 4 Chirurgia Ortopedica
- Scheda 5 Chirurgia Ginecologica
- Scheda 6 Chirurgia Urologica
- Scheda 7 Chirurgia Oftalmologia
- Scheda 8 Inserzione CVC-Port-a- Cath
- Scheda 9 Cardiologia

9.2 RIFERIMENTI GENERALI

- Concia M, Azzini AM, Conti M et al.: Terapia Empirica delle Infezioni Batteriche e Profilassi Antibiotica in Medicina e Chirurgia II^a ed. 2018 pp.133-160
- Bassetti M: Terapia e Profilassi delle Infezioni II^a ed. 2017 pp. 64-83
- Bassetti M, De Waele JJ, Eggmann P et al: Preventive and therapeutic strategies in critically ill patients with highly resistant bacteria. *Intensive care Med* 2015;41(5);776-795
- Sistema nazionale delle Linee Guida (SNLG) "Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto /Settembre 2008-2011 <http://www.snlg-iss.it/>.
- Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR: Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control* 1999;27:97-132.

| | | | |
|--|--|---|---------------|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  REGIONE LAZIO | |
| | <u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN</u> <u>CHIRURGIA</u> | Rev. 3 del 05/02/2019 | Pag. 17 di 28 |

- <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/SSIguidelines.pdf> data di consultazione 08/03/2016.
- http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_surgicalsites.html data di consultazione 08/03/2016
- Gaynes RP, Culver DH, Horan TC, Edwards JR, Richards C, Tolson JS. Surgical site infection (SSI) rates in the United States, 1992-1998: the National Nosocomial Infections Surveillance System basic SSI risk index. *Clin. Infect Dis.* 2001;**33 Suppl 2**:S69-S77.
- NHSN. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report: Data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. *Am J Infect Control* 2009;**37**:783-805.
- The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2016. Antibiotic prophylaxis to prevent surgical infection in adult www.sanfordguide.com data di consultazione 14/07/2016.
- Nicastrie, Petrosillo N, Ballardini M et al. Implementazione di un protocollo di profilassi antibiotica perioperatoria GIIO 2004;4 174-186.
- National Guideline Clearinghouse Antibiotic prophylaxis in surgery SIGN 2008 <http://www.guideline.gov/index.aspx> data di consultazione 14/07/2016.
- Nottingham Antibiotic Guidelines Committee Surgical Antibiotic Prophylaxis Guidelines Within Orthopaedic Surgery For Adult Patients Written January 2009 Review January 2011 www.nuh.nhs.uk data di consultazione 08/03/2016.
- Stamford Hospital Perioperative Antimicrobial Prophylaxis Guidelines for Adults Antimicrobial Section and Dosing — 2010 www.stamfordhospital.org data di consultazione 14/07/2016.
- Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche Sociali 2009 Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_allegato.pdf data di consultazione 08/03/2016.
- Società Oftalmologica Italiana, Linee Guida Clinico Organizzative Sulla Chirurgia Della Cataratta, 25/10/2014: Sez. 4.3, Profilassi antibiotica http://www.sedesoi.com/pdf/Linee_guida_2015_bozza_5.pdf data di consultazione 06/03/2016.
- Regione Lazio DCA 0074/2012 recante "antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto" Supplemento BURL n. 2 2012

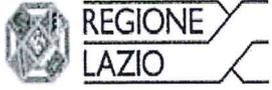
N.B. Le Linee Guida proposte seguono soprattutto le raccomandazioni del Sistema Nazionale "Linee Guida di Antibiotico profilassi perioperatoria nell'Adulto" 2011 (in attesa di revisione), con alcune modifiche legate ai dati epidemiologici locali, alla disponibilità dei farmaci presso la Farmacia Ospedaliera e all'esperienza clinica dell'Equipe di Malattie Infettive.

| | | |
|---|--|---|
|  | <p align="center">REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)</p> |  |
| | <p>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA</p> | <p>Rev. 3 del 05/02/2019</p> |

10. SCHEDE PER SPECIALITÀ CHIRURGICHE

Scheda 1 – CHIRURGIA VASCOLARE

| TIPO DI INTERVENTO | ANITIBIOTICO | SE ALLERGIA AI BETA LATTAMICI |
|--|--|---|
| <p>CHIRURGIA VASCOLARE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varici - Interventi su carotide senza materiale protesico - Gangliectomia - Disostruzione arteriosa (Fogarty) | <p align="center"><i>Di norma: nessuna profilassi antibiotica</i></p> <p align="center">Se ASA ≥ 3 Cefazolina 2 g EV <i>Se durata intervento >3,5 ore dose intraoperatoria (1 g)</i></p> | <p align="center"><i>Di norma: nessuna profilassi antibiotica</i></p> <p align="center">Se ASA ≥ 3 Clindamicina 600 mg EV</p> |
| <p>CHIRURGIA VASCOLARE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi sulla carotide con utilizzo di materiale protesico - Chirurgia vascolare arteriosa in sede addominale e dell'arto inferiore - Impianto di endoprotesi → aortica | <p align="center">Cefazolina 2 g EV</p> <p><i>Valutare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose intraoperatoria per interventi di durata superiore a 3,5 ore - Somministrazioni di ulteriori dosi di antibiotico entro le 24h | <p align="center">Clindamicina 600 mg EV</p> <p align="center"><i>Se impianto di materiale protesico:</i></p> <p align="center">Vancomicina (15 mg /Kg dose massima 1 gr) da infondere in 1 ora e terminare prima dell'inizio dell'intervento</p> |
| <p>CHIRURGIA VASCOLARE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amputazione di arto inferiore (in assenza di infezione in atto) | <p align="center">La scelta della profilassi (tipo di antibiotico e durata) va fatta caso per caso insieme al consulente infettivologo</p> | <p align="center">La scelta della profilassi (tipo di antibiotico e durata) va fatta caso per caso insieme al consulente infettivologo</p> |

| | | |
|--|--|---|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p> | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)</p> |  |
| | <p><u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA</u></p> | <p>Rev. 3 del 05/02/2019</p> |

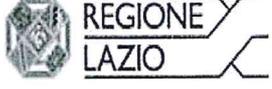
SCHEDA 2
CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

| TIPO DI INTERVENTO | ANITIBIOTICO | SE ALLERGIA AI BETA LATTAMICI |
|--|---|---|
| <p>CHIRURGIA DELL'ORECCHIO PULITA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miringoplastica - Timpanoplastica <p>CHIRURGIA DI NASO, SENI NASALI, PARANASALI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Settoplastiche/rinosettoplastiche <p>CHIRURGIA DELLE TONSILLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adenotonsillectomia <p>CHIRURGIA DI TESTA E COLLO PULITA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiroidectomia totale/parziale - Paratiroidectomia - Linfadenectomie - Svuotamenti laterocervicali sottomascellari/elettivi | <p style="text-align: center;"><i>Nessuna profilassi antibiotica</i></p> <p style="text-align: center;">Se ASA ≥ 3</p> <p style="text-align: center;">Cefazolina 2 g ev(da infondere in 30')</p> <p style="text-align: center;"><i>Dose Intraoperatoria per interventi di durata >3,5 ore</i></p> | <p style="text-align: center;"><i>Nessuna profilassi antibiotica</i></p> <p style="text-align: center;">Se ASA ≥ 3</p> <p style="text-align: center;">Clindamicina 600 mg ev</p> |
| <p>CHIRURGIA DELL'ORECCHIO, PULITA-CONTAMINATA O CONTAMINATA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otoneurochirurgia - Timpanoplastiche - Chirurgia dell'otosclerosi <p>CHIRURGIA DI NASO, SENI NASALI, PARANASALI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervento contaminato in endoscopia attraverso naso, seni paranasali, orofaringe <p>CHIRURGIA DELLA TESTA E DEL COLLO, PULITA CONTAMINATA E CONTAMINATA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia oncologica del massiccio facciale - Lembi - Fistole rinoliquorali - Laringectomia - Interventi sulle Ghiandole Salivari | <p style="text-align: center;">Amoxicillina+Ac. Clavulanico 2,2 g</p> <p style="text-align: center;">Dose intraoperatoria (1,2 g) per interventi di durata > 2,5 ore</p> | <p style="text-align: center;">Gentamicina 3 mg / kg EV + Clindamicina 600 mg</p> |

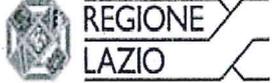
| | | |
|--|--|---|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p> | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)</p> |  |
| | <p><u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA</u></p> | <p>Rev. 3 del 05/02/2019</p> |

**SCHEDA 3
CHIRURGIA GENERALE**

| | | |
|---|---|--|
| <p>MAMMELLA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nodulesctomia <p>ERNIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riparazione di ernia inguinale con o senza utilizzo di materiale protesico - Chirurgia laparoscopica dell'ernia con o senza utilizzo di materiale protesico. - Ernia ombelicale senza protesi <p>FEGATO/VIE BILIARI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colectomia laparoscopica non complicata <p>LAPAROCELE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plastica di laparocele senza protesi <p>ALTRI INTERVENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biopsia escissionale di struttura linfatica superficiale - Laparoscopia diagnostica e/o lisi di aderenze - Chirurgia laparoscopica per reflusso gastroesofageo | <p align="center"><u>Di norma: nessuna profilassi antibiotica</u></p> <p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervento di lunga durata oppure - punteggio ASA è ≥3 oppure - degenza preoperatoria <p>Somministrare:</p> <p align="center">Cefazolina (2 g)</p> <p align="center"><i>* Dose intraoperatoria (1 g) se durata intervento > 3,5 ore</i></p> | <p align="center"><u>Di norma: nessuna profilassi antibiotica</u></p> <p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervento di lunga durata oppure - punteggio ASA è ≥3 oppure - degenza preoperatoria <p>Somministrare:</p> <p align="center">Clindamicina 600 mg</p> |
| <p>MAMMELLA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia oncologica - Mammoplastica riduttiva - Mammoplastica additiva - Impianto di espansore/protesi <p>ERNIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernia ombelicale con protesi <p>ALTRI INTERVENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exeresi radicale di Linfonodi | <p align="center">Cefazolina (2 g)</p> <p align="center"><i>Dose intraoperatoria (1 g) se durata intervento > 3,5 ore</i></p> | <p align="center">Clindamicina 600 mg</p> |

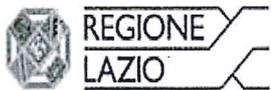
| | | |
|--|--|---|
|  <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p> | <p>REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)</p> |  |
| | <p><u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA</u></p> | <p>Rev. 3 del 05/02/2019</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>STOMACO/INTESTINO TENUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia dello stomaco di elezione - Chirurgia del duodeno e/o del tenue in elezione <p>ESOFAGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia esofagea con ricostruzione gastrica | <p>Amoxicillina - Ac. Clavulanico 2 g <i>Dose intraoperatoria (1 g) se durata > 3,5 ore</i></p> | <p>Clindamicina 600 mg</p> |
| <p>FEGATO/VIE BILIARI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colectomia per via laparotomica - Calcolosi della via biliare principale - Colectomia video-laparoscopica complicata (da colecistite, ittero, pancreatite, immunodeficienza, presenza di protesi biliari, ecc.) - Chirurgia biliare aperta - Chirurgia epatica resettiva - Chirurgia pancreaticca | <p>Amoxicillina/Ac. Clavulanico 2 g <i>(Per pazienti <50Kg 1,2 gr)</i></p> | <p>Clindamicina 600 mg + Gentamicina 3 mg/kg</p> |
| <p>COLON</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia coloretale - Appendicectomia - Ricanalizzazione intestinale <p>ESOFAGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia esofagea con ricostruzione colica | <p>Cefoxitina 2 g <i>Dose intraoperatoria per durata >1,5 ore</i></p> | <p>Gentamicina 3 mg /kg + Clindamicina 600 mg o Metronidazolo 500 mg</p> |

| | | |
|--|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

SCHEDA 4
CHIRURGIA ORTOPEDICA

| TIPO DI INTERVENTO | ANITIBIOTICO | ALLERGIA AI BETA LATTAMICI |
|---|--|---|
| CHIRURGIA ORTOPEDICA SENZA PROTESI (ELETTIVA) <ul style="list-style-type: none"> - Asportazione/sutura/incisione di lesione di muscoli, tendini e fasce della mano, altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo/ sottocutaneo - Altri interventi di riparazione, sezione o plastica su muscoli, tendini e fasce - Meniscectomia artroscopica - Sinoviectomia artroscopica | <p style="text-align: center;"><i>Di norma: nessuna profilassi antibiotica</i></p> <p style="text-align: center;">se punteggio ASA ≥3:</p> <p style="text-align: center;">Cefazolina 2 g ev <i>Dose intraoperatoria (1 g) se durata intervento > 3,5 ore</i></p> | <p style="text-align: center;"><i>Di norma: nessuna profilassi antibiotica</i></p> <p style="text-align: center;">se punteggio ASA ≥3:</p> <p style="text-align: center;">Clindamicina 600 mg ev</p> |
| CHIRURGIA ORTOPEDICA CHE COINVOLGA UNA O PIÙ ARTICOLAZIONI <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgia osteoarticolare non protesica (osteotomie, esostosi, cisti ossee) - Ricostruzione di LCA ginocchio - Sinoviectomia con artrotomia - Artrodesi del piede o della caviglia - Artroscopia Spalla e Anca | <p style="text-align: center;">Cefazolina 2 g ev <i>Dose intraoperatoria (1 g) se durata intervento > 3,5 ore</i></p> <p style="text-align: center;">:</p> <p style="text-align: center;"><i>N.B. Se l'intervento prevede applicazione di un laccio l'antibiotico dovrà essere somministrato prima della sua applicazione. Valutare somministrazione la necessità di ulteriori dosi di antibiotico entro le 24h</i></p> | <p style="text-align: center;">Clindamicina 600 mg</p> |
| CHIRURGIA ARTROPROTESI <ul style="list-style-type: none"> - Anca - Ginocchio - Altre protesi | <p style="text-align: center;">Cefazolina 2 g ev +</p> <p style="text-align: center;"><i>Dose intraoperatoria (1 g) se durata intervento > 3,5 ore</i></p> <p style="text-align: center;"><i>In caso di:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - colonizzazione/infezione da MRSA non eradicata - paziente proveniente da realtà dove le infezioni da MRSA sono frequenti <p style="text-align: center;"><i>considerare (caso per caso) l'opportunità di somministrare</i> Vancomicina (15 mg Kg ev) <i>Valutare somministrazione di ulteriori dosi di antibiotico entro le 24h</i></p> | <p style="text-align: center;">Vancomicina 1 g</p> <p style="text-align: center;"><i>da infondere in almeno 1 ora e terminare prima dell'inizio dell'intervento</i></p> |

| | | |
|---|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

SCHEDA 5
CHIRURGIA GINECOLOGICA

| TIPO DI INTERVENTO | ANITIBIOTICO | SE ALLERGIA AI BETA LATTAMICI |
|---|--|--|
| CHIRURGIA GINECOLOGICA - Laparoscopia diagnostica - Interventi ginecologici minori - Conizzazione della cervice - Isteroscopia diagnostica/operativa - Interventi sugli annessi - Miomectomie - Interventi vaginali per incontinenza urinaria | Nessuna Profilassi Se ASA_≥3 Cefazolina 2 gr <i>Dose intraoperatoria (1 g) se durata intervento > 3,5 ore</i> | Nessuna Profilassi Se ASA_≥3 Clindamicina 600 mg + Gentamicina 3 mg/kg(dose unica) |
| CHIRURGIA GINECOLOGICA - Isterectomia laparoscopica - Isterectomia vaginale - Isterectomia addominale - Isterectomia addominale radicale - Interventi laparotomici uroginecologici - Vulvectomy semplice - Vulvectomy radicale | Cefoxitina 2 gr ev | Clindamicina 600 mg EV + Gentamicina 3 mg/Kg |
| CHIRURGIA OSTETRICA - Parto cesareo elettivo | dopo il clampaggio del cordone ombelicale singola dose di Cefazolina 2 g. | Clindamicina 600 mg ev |
| CHIRURGIA OSTETRICA - Aborto indotto entro 90 gg - Aborto indotto dopo 90 gg | per os 2h prima dell'intervento Doxiciclina 200 mg | |

| | | |
|---|--|---|
| CHIRURGIA OSTETRICA Parto cesareo non elettivo (con travaglio in atto e/o rottura di membrane oltre le 6 ore precedenti l'intervento) | Cefoxitina 2 gr <i>dose intraoperatoria (1 gr) se durata intervento > 1,5 ore</i> | Clindamicina 600 mg EV + Gentamicina 3 mg/Kg <i>La dose di Gentamicina non va ripetuta</i> |
|---|--|---|

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

**SCHEDA 6
 CHIRURGIA UROLOGICA**

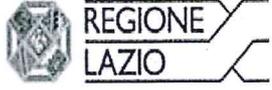
| TIPO DI INTERVENTO | ANITIBIOTICO | SE ALLERGIA AI BETA LATTAMICI |
|--|--|---|
| INTERVENTI SUL TESTICOLO - Idrocele - Varicocele - Orchidopessi - Orchiectomia ALTRI INTERVENTI - Cisti dell'epididimo - Fimosi - Asportazione di idrocele (della tunica vaginale) | nessuna profilassi antibiotica Se ASA ≥ 3 Cefazolina (2gr) <i>Dose intraoperatoria se durata intervento > 3,5 ore</i> | se ASA ≥ 3 Clindamicina 600 mg |
| INTERVENTI SUL RENE - Nefrotomia - Nefrostomia - Nefrectomia INTERVENTI PER CALCOLOSI - Litotripsia con onde d'urto | Cefazolina (2gr) <i>Dose intraoperatoria (1 g) se durata intervento > 3,5 ore</i> | Clindamicina 600 mg |
| DIAGNOSTICA UROLOGICA - Agobiopsia prostatica transrettale - Cistoscopia | Ciprofloxacina 500 mg in 3 dosi 1. 12h prima della biopsia, 2. al momento della biopsia 3. 12hdopo la biopsia Oppure Amoxicillina- Ac.Clavulanico 2,2 g ev in 30'al momento della biopsia | Clindamicina 600 mg EV + Gentamicina 3 mg/Kg |

| | | |
|--|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | <u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA</u> | Rev. 3 del 05/02/2019 |

SCHEDA 7

CHIRURGIA OFTALMOLOGIA

| TIPO DI INTERVENTO | ANITIBIOTICO | SE ALLERGIA AI BETA LATTAMICI |
|--|---|---|
| INTERVENTI OFTALMICI (in particolare chirurgia della cataratta e Vitrectomia anteriore). | <p><i>La somministrazione di colliri antibiotici (FLUOROCHINOLONICI) nel periodo pre e postoperatorio ha dimostrato di ridurre la flora batterica congiuntivale ma non vi sono evidenze scientifiche che riduca il rischio di endoftalmite, pertanto è indicata solo a giudizio del chirurgo e, in tal caso, è utile che il trattamento postoperatorio venga iniziato lo stesso giorno dell'intervento.</i></p> <p><i>La somministrazione di antibiotico in camera anteriore prima della fine dell'intervento riduce significativamente il rischio relativo di endoftalmite.</i></p> <p>Non ci sono evidenze scientifiche che consiglino la somministrazione di antibiotici per via generale.</p> | <p>Non vi sono attualmente alternative terapeutiche validate sulla base dell'evidenza scientifica corrente.</p> |

| | | |
|---|---|---|
|  | <p style="text-align: center;"><u>REGIONE LAZIO</u> <u>AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI</u> COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)</p> |  |
| | <p style="text-align: center;"><u>PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN</u> <u>CHIRURGIA</u></p> | <p style="text-align: center;">Rev. 3 del 05/02/2019</p> |

SCHEDA 8

INSERZIONE CVC-PORT-A-CATH

L'inserzione di un CVC è da considerare chirurgia pulita e pertanto non richiede profilassi antibiotica. Si ritiene possa essere utile una profilassi antibatterica sistemica peri-inserzione solo nelle seguenti situazioni:

- Inserzione di CVC in paziente neutropenico e/o gravemente piastrinopenico.
- Pazienti che hanno già presentato infezioni del catetere.
- Condizioni locali di aumentato rischio infettivo perioperatorio.

Microorganismi coinvolti: S. aureus, S. epidermidis

| TIPO DI INTERVENTO | ANITIBIOTICO | SE ALLERGIA AI BETA LATTAMICI |
|--|-------------------------------------|--|
| <p><i>INTERVENTI di inserzione Port a Cath, CVC</i> in particolare neel seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - paziente neutropenico e/o gravemente piastrinopenico. - Pazienti che hanno già presentato infezioni del catetere. - Condizioni locali di aumentato rischio infettivo perioperatorio | <p>Cefazolina 2 g ev</p> | <p>Clindamicina 600 mg ev</p> |

| | | |
|---|--|---|
|  SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

SCHEDA 9

CARDIOLOGIA

| TIPO DI INTERVENTO | ANTIBIOTICO | SE ALLERGIA AI BETA LATTAMICI |
|--|--|-------------------------------|
| Inserzione/sostituzione di pacemaker /defibrillatore | Cefazolina 2 g 30 minuti prima dell'intervento <i>Dose intraoperatoria (1 g) se durata intervento > 3,5 ore</i> Vedi N.B. sottostante | Vancomicina 1 g EV |
| Impianto o sostituzione di PM/ICD e/o elettrocateri) in pazienti con protesi intracardiche e/o cardiopatie congenite complesse, ad alto rischio di Endocardite Infettiva.* | Vancomicina 1 g 30 minuti prima dell'intervento | Vancomicina 1 g EV |
| Revisione chirurgica di tasca. | Vancomicina 1 g 30 minuti prima dell'intervento | Vancomicina 1 g EV |
| Procedure di Emodinamica | No profilassi** | |

N.B.L'uso di vancomicina in profilassi chirurgica è consigliato come farmaco di prima scelta in caso di pregressa degenza ospedaliera negli ultimi 6-12 mesi, ricovero di almeno 7 gg in qualsiasi altro reparto o per 24 ore in UTIC o altra terapia intensiva, nonché nei pazienti con rischio di colonizzazione da MRSA (pzti provenienti da lungodegenza, dializzati, diabetici, che hanno assunto fluorchinolonici o cmq sottoposti a terapie antibiotiche negli ultimi 30 gg)

* 1. Pazienti portatori di protesi valvolari cardiache o di materiale protesico utilizzato per riparazione delle valvole

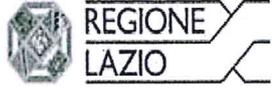
2. Pregressa EI

3. Cardiopatie congenite (CHD)

- CHD cianogene non corrette chirurgicamente, compresi shunt e condotti palliativi
- CHD completamente corrette chirurgicamente con materiale protesico o con dispositivi, posizionati sia chirurgicamente sia per via transcatetere, entro i primi sei mesi dalla procedura
- CHD corretta, con residuo difetto del patch o del dispositivo protesico (sia nel loro sito di impianto sia nelle loro immediate vicinanze) che inibisce l'endotelizzazione.

4. Pazienti con trapianto cardiaco che sviluppano valvulopatie

** Risulta indicata la profilassi con Vancomicina se seconda procedura entro 7 gg dalla prima o permanenza di introduttori in sede

| | | |
|---|--|---|
|  | REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI COMITATO CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) |  |
| | PROCEDURA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA | |

VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA ANTIBIOTICOPROFILASSI CHIRURGICA

Paziente _____ Data di Nascita _____

Peso Kg _____ Intervento _____

Allergie NO SI, Specificare _____

| | |
|--|-----------------------------|
| INDICE DI RISCHIO | |
| CLASSE INTERVENTO | |
| PULITO: interventi nel corso dei quali non si riscontra alcun processo flogistico, in cui la continuità della mucosa respiratoria, intestinale o genito-urinaria non viene violata e in cui non si verifica alcuna violazione delle regole di asepsi in sala operatoria: | <input type="checkbox"/> NO |
| PULITO-CONTAMINATO: interventi nei quali la continuità della mucosa respiratoria, intestinale o genito-urinaria viene violata, ma senza perdite di materiale verso l'esterno: | <input type="checkbox"/> SI |
| CONTAMINATO Interventi consecutivi ad un trauma recente, aperto, interventi che comportano il non rispetto dell'asepsi (ad es. massaggio a cuore aperto) o uno spandimento significativo del contenuto gastrointestinale o interventi che interessano un processo infiammatorio acuto, non purulento | <input type="checkbox"/> SI |
| SPORCO – INFETTO: interventi su traumi di vecchia data con ritenzione di tessuto e interventi che interessano processi infettivi acuti purulenti o in presenza di perforazione di visceri. In questi interventi i microrganismi causa dell'infezione post-operatoria sono presenti sul campo operatorio prima dell'intervento | <input type="checkbox"/> SI |
| CLASSE ASA | |
| ASA 1 Paziente sano | <input type="checkbox"/> NO |
| ASA 2 Paziente con lieve malattia sistemica | <input type="checkbox"/> NO |
| ASA 3 Paziente con grave malattia sistemica che ne limita le attività ma non è invalidante | <input type="checkbox"/> SI |
| ASA 4 Paziente con malattia sistemica invalidante che causa continua minaccia di morte | <input type="checkbox"/> SI |
| DURATA INTERVENTO MAGGIORE DEL 75° PERCENTILE | <input type="checkbox"/> SI |
| IMPIANTO MATERIALE PROTESICO | <input type="checkbox"/> SI |
| DEGENZA PREOPERATORIA PROTRATTA | <input type="checkbox"/> SI |

PROFILASSI DA ATTUARE

* Somministrazione ev 30-60 m prima dell'intervento - Dose intraoperatoria dopo 3 ore o se perdita ematica >1500 ml – Ev. ulteriori dosi nelle 24 ore

| RISCHIO | PROFILASSI | PRESCRIZIONI* |
|---------|------------------|----------------------------------|
| NO | Non raccomandata | <input type="checkbox"/> NESSUNA |
| SI | Raccomandata | |

NOTE e CONTROINDICAZIONI:

Profilassi **ENDOCARDITE BATTERICA** in condizioni ad alto rischio: tutte le protesi valvolari o materiale protesico · Pregressa endocardite batterica · Cardiopatie congenite (cianogene non riparate chirurgicamente, "shunt" e condotti, per 6 mesi dopo completa riparazione chirurgica, difetti riparati con "shunt" residuo) · Insufficienze valvolari moderate o severe- dopo trapianto cardiaco

AMOXICILLINA 2 g os (60 minuti prima della procedura)

AMPICILLINA 2 g ev-im (30 minuti prima della procedura)

In caso di allergia ai betalattamici

CLINDAMICINA 600 mg ev (30 minuti prima della procedura)

DATA

IL CHIRURGO