

Nuovo compendio SHEA/IDSA/APIC: linee guida sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico

New SHEA/IDSA/APIC Compendium: Surgical Site Infection Prevention Guidelines

Traduzione a cura di
Maria Luisa Moro

A marzo 2023 è stato pubblicato l'aggiornamento della linea guida sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC) della SHEA/IDSA/APIC parte del *Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals*, pubblicata per la prima volta negli Stati Uniti nel 2008.¹

Le raccomandazioni vengono suddivise in “pratiche essenziali”, che dovrebbero essere adottate da tutti gli ospedali per acuti (nella versione del 2014 queste venivano identificate come “pratiche di base”), e in “pratiche aggiuntive”, che è utile prendere in considerazione in strutture o gruppi di pazienti ove le Infezioni correlate all'assistenza (ICA) non sono state efficacemente controllate dopo l'implementazione delle pratiche essenziali (nella versione del 2014 venivano definite come “approcci speciali”).

Rimandando alle raccomandazioni¹ per un'analisi puntuale delle strategie preventive, si riportano di seguito le principali modifiche rispetto alle raccomandazioni del 2014 e una sintesi delle raccomandazioni stesse.

Si ricorda che le linee guida contengono, oltre ad una sintesi delle raccomandazioni (qui riportata), sezioni relative a:

- il razionale alla base delle raccomandazioni sulla prevenzione delle ISC (carico di salute delle ISC, fattori di rischio);
- il background relativo alle modalità per identificare le ISC (definizione di ISC per la sorveglianza, metodi di sorveglianza);
- il background sulla prevenzione delle ISC (linee guida esistenti, requisiti infrastrutturali);
- le misure raccomandate per prevenire le ISC;
- le misure per valutare la performance;
- le strategie di implementazione di programmi per la prevenzione delle ISC: di seguito vengono sintetizzati i messaggi principali di questa sezione.

Sintesi delle principali modifiche

Di seguito la sintesi delle principali modifiche rispetto alla versione del 2014 delle raccomandazioni.

Pratiche essenziali

Le modifiche alle raccomandazioni relative alle pratiche essenziali sono elencate di seguito.

- È stata modificata la raccomandazione relativa alle modalità di somministrazione della profilassi antibiotica peri-operatoria secondo standard e linee guida basati sull'evidenza, sottolineando che la profilassi antimicrobica deve essere terminata al momento della chiusura della ferita chirurgica in sala operatoria.
- L'uso di antibiotici parenterali e orali prima di chirurgia elettiva coloretale è ormai considerata una pratica essenziale. Questa raccomandazione era già inclusa nel documento del 2014 ma veniva menzionata assieme ad altre misure. È stata resa una raccomandazione a sé stante per darle maggiore enfasi.
- La raccomandazione di decolonizzare i pazienti chirurgici con un agente anti-stafilococco nel caso di interventi cardiotoracici o ortopedici è stata riclassificata da misura aggiuntiva a pratica essenziale.
- La raccomandazione di utilizzare la preparazione vaginale con una soluzione antisettica prima di un parto cesareo o di una isterectomia è stata aggiunta come pratica essenziale.
- Il lavaggio intraoperatorio della ferita con antisettico è stato riclassificato da pratica aggiuntiva a pratica essenziale. Tuttavia, dovrebbe essere utilizzato solo quando la sterilità dell'antisettico può essere garantita e mantenuta.
- La raccomandazione sul controllo della glicemia nell'immediato periodo postoperatorio per tutti i pazienti è stata modificata: 1) per enfatizzare l'importanza di questa misura indipendentemente dalla esistenza di una diagnosi nota di diabete mellito, 2) per modificare il livello di evidenza per tutte le procedure chirurgiche considerandolo ora come “alto” e 3) per abbassare il livello glicemico target da <180 mg/dL a 110-150 mg/dL.
- L'uso di bundle per promuovere l'adesione a buone pratiche è stato riclassificato passando da tema non risolto a pratica essenziale. In questa raccomandazione sono state incluse anche le checklist.

- La raccomandazione sull'osservazione dei comportamenti del personale della sala operatoria e dell'ambiente in sala operatoria e nella centrale di sterilizzazione è stata riclassificata da pratica aggiuntiva a pratica essenziale.

Pratiche aggiuntive

- È stata riclassificata la raccomandazione di eseguire una valutazione del rischio di ISC, passandola da pratica essenziale a pratica aggiuntiva.
- L'uso di medicazioni a pressione negativa è stato inserito come pratica aggiuntiva. Ad oggi, le prove disponibili suggeriscono che questa strategia sia molto probabilmente efficace in alcuni interventi chirurgici specifici (p. es., interventi addominali) e/o pazienti specifici (p. es., aumento dell'indice di massa corporea).
- È stata riclassificata la raccomandazione sull'uso di suture impregnate di antisettico passandola da non raccomandata a pratica aggiuntiva.

Misure non raccomandate

- È stata ampliata la discussione sulla raccomandazione contro l'uso di routine della vancomicina per la profilassi antibiotica peri-operatoria.

Temi non risolti

- È stata riclassificata la raccomandazione sull'utilizzo di ossigeno supplementare per i pazienti che richiedono ventilazione meccanica passandola da pratica essenziale a tema non risolto.
- È stata aggiunta la discussione sull'utilizzo di antibiotico in polvere.
- È stata aggiunta la discussione sull'abbigliamento chirurgico come strategia per prevenire le ISC.

Le raccomandazioni in sintesi

La tabella 1 sintetizza le raccomandazioni per la prevenzione delle ISC.

Misure per valutare la performance

Le linee guida sottolineano la necessità di avere a disposizione dati da utilizzare per promuovere la qualità dell'assistenza da inviare periodicamente alla dirigenza ospedaliera, alla dirigenza infermieristica e agli operatori che assistono i pazienti a rischio.

La tabella 2 sintetizza queste misure. Per la trattazione si rimanda alla pubblicazione originale.¹

Implementazione delle strategie preventive

Le raccomandazioni includono anche una sezione sulle strategie da adottare per promuovere l'implementazione delle buone pratiche come standard di cura. Una sintesi delle strategie elencate nella linea guida è riportata nella tabella 3.

Per la trattazione completa degli aspetti relativi alle strategie di implementazione si rimanda alla pubblicazione originale.¹ ■

Bibliografia

1. Calderwood MS, Anderson DJ, Bratzler DW, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2023. doi: 10.1017/ice.2023.67

Tabella 1. Raccomandazioni per la prevenzione infezioni del sito chirurgico.

Pratiche essenziali

1. Somministrare la profilassi antibiotica peri-operatoria secondo standard e linee guida basati sull'evidenza. (Qualità delle evidenze: ALTA).
2. Utilizzare una combinazione di profilassi antimicrobica per via parenterale e orale prima di interventi elettivi di chirurgia coloretale per ridurre il rischio di ISC. (Qualità delle evidenze: ALTA).
3. Decolonizzare con un agente anti-stafilococco i pazienti chirurgici prima di interventi ortopedici o cardiotoracici. (Qualità delle evidenze: ALTA). Decolonizzare i pazienti chirurgici prima di altre procedure ad alto rischio di ISC da stafilococco, come ad esempio quelle nelle quali venga utilizzato materiale protesico. (Qualità delle evidenze: BASSA).
4. Utilizzare antisettici per la preparazione vaginale preoperatoria in pazienti sottoposte a parto cesareo o isterectomia. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
5. Non rimuovere i peli presenti nel sito operatorio a meno che la loro presenza non interferisca con l'intervento chirurgico. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
6. Preparare il campo operatorio con antisettici contenenti alcol. (Qualità delle evidenze: ALTA).
7. Per gli interventi che non richiedono ipotermia, mantenere la normotermia (temperatura > 35,5°C) durante il periodo peri-operatorio. (Qualità delle evidenze: ALTA).
8. Nella chirurgia del tratto gastrointestinale e biliare, utilizzare dispositivi per la protezione della ferita in plastica impermeabili. (Qualità delle evidenze: ALTA).
9. Eseguire il lavaggio intraoperatorio della ferita con antisettico. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
10. Controllare in tutti i pazienti il livello di glucosio nel sangue durante l'immediato periodo postoperatorio. (Qualità delle evidenze: ALTA).
11. Utilizzare checklist e/o bundle per garantire la conformità alle migliori pratiche per migliorare la sicurezza del paziente chirurgico. (Qualità delle evidenze: ALTA).
12. Eseguire la sorveglianza delle ISC. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
13. Migliorare l'efficienza della sorveglianza utilizzando dati informatizzati. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
14. Fornire un feedback continuo allo staff chirurgico, al personale di sala operatoria e di reparto e alla dirigenza sulla frequenza di ISC. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
15. Misurare l'adesione alle misure preventive e fornire feedback agli operatori sanitari. (Qualità delle evidenze: BASSA).
16. Formare i chirurghi e il personale di sala operatoria e di reparto sulle misure di prevenzione delle ISC. (Qualità delle evidenze: BASSA).
17. Educare, ove opportuno, i pazienti e le loro famiglie sulla prevenzione delle ISC. (Qualità delle evidenze: BASSA).
18. Implementare politiche e pratiche per ridurre il rischio di ISC, che siano in linea con standard basati sulle evidenze, norme e regolamenti e le istruzioni dei produttori di dispositivi medici. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
19. Osservare i comportamenti del personale in sala operatoria e l'ambiente della sala operatoria e della centrale di sterilizzazione. (Qualità delle evidenze: BASSA).

Pratiche aggiuntive

1. Eseguire una valutazione del rischio di ISC. (Qualità delle evidenze: BASSA).
2. Considerare il possibile utilizzo di terapia a pressione negativa nei pazienti che potrebbero trarne beneficio. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
3. Osservare e rivalutare le pratiche assistenziali adottate nel periodo preoperatorio, nel periodo di assistenza post-anestesia, nell'unità di terapia intensiva chirurgica e/o nel reparto chirurgico. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
4. Utilizzare suture rivestite con antimicrobico come strategia per prevenire le ISC. (Qualità delle evidenze: MODERATA).

Approcci che non rappresentano pratiche standard per la prevenzione delle ISC

1. Non utilizzare di routine la vancomicina per la profilassi antibiotica peri-operatoria. (Qualità delle evidenze: MODERATA).
2. Non dilazionare di routine l'intervento chirurgico per somministrare la nutrizione parenterale. (Qualità delle evidenze: ALTA).
3. Non utilizzare di routine teli antisettici come strategia per prevenire le ISC. (Qualità dell'evidenza: ALTA).

Temì non risolti

1. Ottimizzazione dell'ossigenazione dei tessuti del sito di incisione.
2. Trattamento intranasale e faringeo pre-operatorio con clorexidina per pazienti sottoposti a interventi cardiotoracici.
3. Utilizzo di spugne con gentamicina-collagene.
4. Utilizzo di antibiotico in polvere.
5. Tipologia di abbigliamento chirurgico.

Tabella 2. Misure di processo e di esito per la prevenzione delle ISC.

Esempio di misura di processo: conformità con linee guida per la profilassi antibiotica peri-operatoria

Percentuale di interventi nei quali è stata effettuata la profilassi antibiotica perioperatoria in modo appropriato = (n. di pazienti che hanno ricevuto profilassi antibiotica appropriata/n. totale di interventi selezionati eseguiti) ×100.

1. Antibiotico corretto per specifici interventi chirurgici.
2. Dose corretta di antibiotico.
3. Somministrazione entro 1 ora prima della incisione (2 ore consentite per vancomicina e fluorochinoloni).
4. Terminare la somministrazione dopo la chiusura della ferita in sala operatoria.

Esempio di misura di esito: infezione del sito chirurgico - Rapporto di infezione standardizzato (SIR)

SIR = Rapporto tra numero osservato di ISC (O)/numero atteso di ISC (A) per uno specifico tipo di intervento.

Tabella 3. Strategie per l'implementazione delle misure per la prevenzione delle ISC.

1. Strumenti per il miglioramento della qualità

- Progetti di miglioramento portati avanti da team multiprofessionali.
- Mappatura dei processi. Capire i processi assistenziali può essere di aiuto nella progettazione di interventi più efficaci.
- Valutazione dell'affidabilità del processo di cura, attraverso la rilevazione di misure sulla qualità del processo assistenziale (ad es. scelta e timing dell'antibiotico per la profilassi peri-operatoria).
- Feedback. Condividere con i colleghi i dati sui risultati ottenuti è importante per modificare e consolidare i comportamenti.
- Analisi delle cause. Apprendere dagli errori o da risultati indesiderati è utile per condividere un modello culturale e gli obiettivi da perseguire. Rivedere in modo obiettivo i dati aiuta a evitare di attribuire la colpa agli individui, concentrandosi sui necessari miglioramenti del sistema.
- Reti di sorveglianza e miglioramento. Negli Stati Uniti e a livello internazionale sono state istituite reti di istituzioni con l'obiettivo comune di raccogliere i dati, apprendere collettivamente e migliorare gli esiti del paziente.

2. Approccio multidisciplinare

- Per prevenire le SSI bisogna considerare la grande varietà di punti di contatto, fattori di rischio e partner necessari per l'implementazione di strategie efficaci. Nella preparazione e conduzione degli interventi bisognerebbe includere professionisti di tutte le aree, come ad esempio personale dell'ambulatorio preoperatorio, personale peri-operatorio, personale della sterilizzazione, personale postoperatorio, i farmacisti, ecc.
- Coinvolgimento in prima linea. La prevenzione delle SSI non è responsabilità solo dei chirurghi e la riduzione del rischio deve essere perseguita sia all'interno che al di fuori dalle sale operatorie.
- Educazione e formazione. È essenziale informare e formare pazienti, famiglie, e operatori sanitari sulla necessità di prevenire le ISC mediante l'attuazione di interventi pre-, intra- e post-operatori.

3. Ingegneria dei fattori umani (ergonomia)

- Promemoria informatizzati (ad es. impedire l'apertura non necessaria delle porte della sala operatoria o avvisi elettronici per ridotare gli antibiotici) possono essere efficaci per prevenire le ISC. I sistemi informativi esistenti, come ad es. cartelle cliniche elettroniche, possono essere utili a tale scopo.
- Il numero di volte che vengono aperte le porte della sala operatoria rappresenta un indicatore indiretto di scarsa disciplina in sala operatoria. È importante: concordare il limite di apertura della porta durante l'intervento chirurgico; concordare prima dell'intervento chirurgico quali apparecchiature saranno necessarie; ridurre il turnover del personale di sala operatoria durante l'intervento.
- Standardizzare le pratiche attraverso l'utilizzo di team dedicati, checklist e schede sulle preferenze del chirurgo (preferenze per strumenti, attrezzature, ecc.) e assicurare personale in numero adeguato rappresentano strategie efficaci per ridurre il rischio.
- Gli interventi per prevenire le ISC possono essere ottimizzati mediante l'identificazione delle persone (p. es., infermiere preoperatorio, infermiere di sala operatoria, chirurgo, paziente o famiglia) necessari per attuare gli interventi, fornendo loro le indicazioni e gli strumenti per supportare l'adesione. Bisogna considerare le prospettive di ciascuno di questi partner e identificare barriere e fattori facilitanti l'adesione all'intervento.

4. Responsabilità (accountability)

- La responsabilità è un principio essenziale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) garantendo che le strategie di implementazione basate sull'evidenza vengano adottate in modo coerente, massimizzando la loro efficacia nel prevenire le ICA.
- Il coinvolgimento e l'impegno della dirigenza sanitaria e dei clinici senior è essenziale per individuare gli obiettivi, rimuovere le barriere e giustificare gli sforzi per costruire e sostenere i miglioramenti.
- Gli interventi, i bundle e le buone pratiche dovrebbero essere basati quanto più possibile su evidenze scientifiche ed essere appropriati per la popolazione di interesse (ad es., evidenze disponibili per la popolazione adulta potrebbero non essere appropriate per la popolazione pediatrica).

5. Cultura e prassi della sicurezza

- Gli sforzi per la prevenzione delle ISC si allineano bene con e possono essere contestualizzati all'interno di campagne per la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori.