



ASISTENȚĂ MEDICALĂ GENERALĂ NURSING ÎN ATI ȘI URGENȚE CHIRURGICALE

NURSINGUL PLAGILOR

1. Obiective

Îngrijirea plăgilor postoperatorii are drept scop favorizarea vindecării și evitarea infecției acestora. Îngrijirea începe cu o serie de măsuri de profilaxie locală și generală preoperatorie, intra și postoperatorie



2. Definiții

a. Plaga infectată

Infecția plăgilor este asociată cel mai adesea cu infecția nosocomială. *In UK 8% din pacienții fac infecție nosocomială, iar 14% din plăgi se infectează. Circa 1/3 din decesele pacienților operați sunt asociate cu infecții de plagă. În plus infecția crește costurile de spitalizare cu valori de 1500 – 8000 euro/pacient datorită tratamentului prelungit, antibioticoterapiei, spitalizării crescute și reintervențiilor chirurgicale.*

Întrucât pielea umană găzduiește în mod normal un număr mare de specii microbiene și ca atare riscul de contaminare a probelor este mare (fals pozitiv), diagnosticul pozitiv de infecție a plăgii este mai mult clinic decât microbiologic. Prezența fenomenelor inflamatorii locale (căldura, roșeața, durere, edem, secreție purulentă) sunt elementele definitorii esențiale.

Examenul microbiologic are doar rolul de a defini tipul de germeni implicați în infecție și de a ghida corect terapia antibiotică.

În cele mai multe cazuri infecția afectează structurile superficiale ale câmpului operator, cum e pielea și țesutul subcutanat, dar alteori infecția se poate cantona la nivele profunde, (fascii, musculatură, grăsime profundă, etc.). Durata până la apariția infecției este variabilă, în general în primele 30 de zile de la operație, cu frecvența maximă între zilele 5 și 10. Apariția precoce a infecției este patognomonică germenilor cu virulență crescută. Dacă în cursul operației se implantează proteze (grefoane, proteze vasculare, proteze metalice, tije, șuruburi, etc.) este posibil ca infecția să apară și la câteva luni post operator.

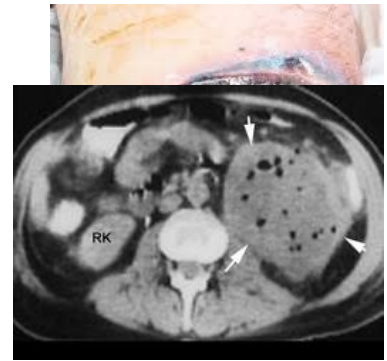


b. Clasificarea plăgilor infectate

- i. Infecții superficiale, interesând tegumentul și țesutul subcutanat.



- ii. Infecții profunde parietale, interesând musculatura, fasciile



- iii. Infecții ale organelor sau ale cavităților

- Peritonite, pleurezii, meningite primare;
- peritonite, pleurezii, meningite bacteriene, secundare;
- Peritonite, pleurezii, terțiare;
- abcese intra peritoneale / intra pleurale și
- abcese ale organelor parenchimotoase.

3. Supravegherea în vederea depistării

Este importantă atât pentru diagnosticul precoce cât și pentru informarea pacienților.

Plaga operatorie se examinează cu ocazia fiecărui pansament sau la momentul toaletei, zilnic. Pacientul este întrebat despre evoluția plăgii dacă există semne sau simptome care să atragă atenția.

N.B. Unele infecții pot apărea după externare și pacienții trebuie informați asupra riscului de apariție cât și asupra semnelor de infecție.

4. Factori de risc

Cunoașterea lor nu are doar valoare academică ci este important ca ei să fie identificați, pentru ca tratamentul pre operator să limiteze efectul negativ al acestora. Pe de altă parte factorii de risc trebuie discutați cu pacienții, în cursul procesului de informare asupra riscului de infecție a plăgii operatorii. Un pacient informat va depista precoce infecția și va fi mai puțin nemulțumit în cazul în care această complicație apare post operator.

N.B. Oferiți pacienților informații cât mai complete despre boala, factorii de risc, modul de îngrijire a plăgii. Pacientul trebuie să știe cum va evolua plaga, care sunt semnele de infecție, ce trebuie să facă în caz de infecție, și cui trebuie să se adreseze în caz de infecție a plăgii. De asemenea, pacientul trebuie informat în mod expres dacă a primit antibiotice.

Factorii de risc:

- a. Contaminarea inițială a plăgii – riscul depinde de tipul de intervenției
 - a. curată
 - b. curată – contaminată
 - i. endogen (intervenții pe tubul digestiv, genitale, arborele respirator)
 - ii. exogen (intervenții de lungă durată)
 - c. murdara (poli traumatisme, intervenții de urgență pe colon, peritonite, abcese, etc.)
- b. Afecțiuni care scad imunitatea : diabetul zaharat, deficiențe imune, malnutriția, obezitatea (țesutul adipos este slab vascularizat și oxigenat), insuficiența cardiacă, etilismul cronic, alte boli cronice.
- c. Terapia cu imunosupresoare, corticoizi, chimioterapia, radioterapia
- d. Vârsta (peste 40 de ani începe să crească riscul operator; peste 75 de ani riscul se dublează).

RECOMANDARI

I. Faza preoperatorie

1. Dusul – este important în seara înainte de operație sau chiar în ziua operației. Pacienții trebuie încurajați la o toaletă completă, care are rolul de a reduce încărcătura microbiană cutanată. Săpunurile / detergenții cu antiseptice nu au influență pozitivă.
2. Îndepărtarea părului din regiunea incizională – nu este de regulă necesară. Dacă se consideră că e nevoie de îndepărtarea părului de recomandat să se facă cu mașini electrice de tuns. Este interzisă utilizarea lamelor de ras, care produc micro leziuni cutanate ce cresc semnificativ riscul de infecție a plăgii.
3. Hainele pacientului – trebuie să fie curate; trebuie să ofere acces simplu și rapid în regiunea incizională și la locurile unde se fac punctiile venoase. Trebuie să asigure confortul pacientului și să respecte demnitatea acestuia.
4. Hainele personalului - haine nesterile, curate care se folosesc în ziua respectivă; personalul se va abține de la deplasări în afara blocului operator.
5. Decontaminarea mâinilor. Ca o regulă generală se interzice purtarea pe mână a bijuteriilor sau de unghii false; unghiile sunt tăiate scurt, fără oja. Se spală cu apă și săpun ori de câte ori este nevoie, în caz de murdărire. Înainte și după fiecare manevră de contact cu pacientul, mâinile se decontaminează cu soluții antiseptice conform standardelor în vigoare (de regulă soluție alcoolică de alcool izopropilic 10% în alcool etilic).



6. Antibiotico – profilaxie

Regula generala – abținerea de la antibiotice.

Chirurgia curata – fără antibiotic

Chirurgia curata cu implant – profilaxie in doza unica la inducția

anesteziei sau daca se folosește tourniquet cu 3 h înainte de operație

Chirurgia curat – contaminata – profilaxie conform protocolului
spitalului.

Chirurgia murdara – profilaxie și terapie antibiotică conform protocolului
spitalului.



II. Faza operatorie

1. Întreg personalul va purta echipament de protecție conform standardului spitalului și cu respectarea prevederilor legale în vigoare. Echipamentul de protecție este specific blocului operator și va fi îmbrăcat de fiecare dată când personalul intră în BO. În orice situație în care se părăsește zona aseptică echipamentul va fi schimbat cu unul curat.
Echipamentul constă în bonetă, mască, bluza, pantalon și pantofi sau saboți (din cauciuc care permite spălarea și antisepsia).
2. Spălarea mâinilor – se face cu detergent antiseptic urmată de dezinfecție cu soluții antiseptice înainte de fiecare operație.
3. Câmpurile operatorii
În funcție de riscul de infecție (grad de contaminare potențial sau durata estimată a intervenției se vor folosi câmpuri operatorii simple de pânză, câmpuri de unică folosință simple sau iodate (reduc riscul de infecție a plăgii operatorii).
3. Mănușile chirurgicale – trebuie să fie manipulate conform regulilor de bază; trebuie să fie adecvate ca mărime, respectiv trebuie să fie fixe pe mâna utilizatorului, ceea ce reduce riscul de rupere la manipulare a instrumentarului. Folosirea de mănuși duble (2 perechi de mănuși) nu reduce riscul de infecție dar poate fi luata in considerare in chirurgia ortopedică unde manevrarea fragmentelor osoase tăioase crește riscul de contaminare a medicului.
4. Antisepticele – se decontaminează zona operatorie cu soluții antiseptice care distrug > 99% din germeni, spori și viruși (povidone iodină, clorhexidina sau iod alcoolic)
5. N.B. Folosirea cauterului la incizia epidermului si dermului crește riscul de infecție al plăgii.
6. Asigurați homeostazia
 - a. Menținerea oxigenării normale $SaO_2 > 95\%$
 - b. $T = 37$ grade
 - c. Menținerea perfuziei adecvate
 - i. Glicemie in valori normale
 - d. Nu folosiți insulina decât la pacienții diabetici
7. Lavajul plăgii operatori
 - a. Nu se face ca regula generală;
 - b. Se face când plaga / cavitatea peritoneală / cavitatea pleurală este evident contaminată;
 - c. Nu se face cu antibiotice;



- d. Nu se face cu antiseptice;
- e. Excepție: plăgile intens contaminate pot fi pansate cu antiseptice adecvate sau soluții de povidone iodină în concentrații adecvate (1%); plaga perineala după amputația de rect, plăgi contuze ale membrilor, etc.



8. Pansamentul plăgii

- a. Pansament cu folii semipermeabile +/- insula absorbanta
- b. NU se folosesc hidrocoloizi (rezervați plăgilor cronice granulare atone – ex. ulcerul de gambă), bumbac, membrane poliuretanic;
- c. Buna practica spune ca se mențin 48 ore după care se îndepărtează și plaga rămâne nepansată.

III. Faza postoperatorie

1. Pansamentul – buna practica medicala recomanda 48 ore, după care se îndepărtează.

- a. Sa mențină plaga curata
- b. Sa nu producă durere
- c. Sa dreneze excesul de fluide
- d. Sa mențină plaga umeda
- e. Sa mențină temperatura optima
- f. Schimbat steril fără atingere



2. Curățarea plăgii se face cu apa sterila sau după 48 ore cu apă sterilă sau ser fiziologic.

3. Dusul – la 24 – 48 ore după operație

4. Agenții anti microbieni

- a. Nu reduc riscul de infecție
- b. Pot avea efecte nefavorabile în sensul efectelor toxice, alergice, întârzierea vindecării, creșterea costurilor îngrijirii.

5. Drenajul plăgilor. Rolul drenurilor este de a preveni acumularea si a asigura evacuarea de lichide (sânge, puroi, bila, ser, etc.) sau a aerului, post operator din plaga operatorie.

Drenul este montat intra cavitar (abdomen, torace, spațiu de disecție chirurgicală) în spațiul în care presupunem că există posibilitatea acumulării de lichide biologice sau aer. Montarea se efectuează steril, intra operator, si manipularea lor postoperatorie trebuie efectuata aseptic.

6. Drenurile productive cantitativ se montează mai frecvent in sistem închis, aspirativ – se notează cantitatea si calitatea lichidului pe 24 ore; cele profilactice, minore, pot fi abandonate in pansament – se schimba pansamentul când este îmbibat, sau la 24 ore.

7. Suprimarea tuburilor se face progresiv, dintr-o singura mișcare.

VINDECAREA SECUNDARA

Absența vindecării per primam este determinată de infecția plăgii, determinată de contaminare și / sau ischemia plăgii. Tratamentul este în principal local, care are rolul de a reduce flora microbiană și de a promova vindecarea.

1. Antibioterapia este indicată numai daca pacientul prezinta semne de sepsis, sepsis sever sau șoc septic. Orice plagă infectată trebuie considerată ca fiind infectată cu floră microbiană cu rezistență al antibiotice și tratamentul va fi orientat conform

protocolului de terapie al spitalului care ține cont de speciile cele mai frecvente și profilul de rezistență. Tactica corectă presupune deescaladare, respectiv se începe terapia cu cele mai eficiente antibiotice urmând ca apoi terapia să fie conform antibiogramei.

2. Debridare

- a. Îndepărtarea materialului necrotic care reduce ritmul de vindecare și care este un mediu de cultura pentru bacterii. Aceasta se face chiar prin simpla schimbare a pansamentului ori de câte ori este nevoie și îndepărtarea chirurgicală a țesuturilor necrozate.
- b. Dextranomerii – eficiența crescută în plăgile cu secreții abundente.



- c. Pansament cu aspirație continuă – VAC (vacuum assisted closure – „închiderea plăgii asistată de vacuum) - se aplică un pansament etanș cu aspirație continuă. Aceasta drenează activ secrețiile, reduce încărcătura microbiană și favorizează vindecarea în ritm crescut.



- d. Lavajul se face cu ser fiziologic (povidone iodina are eficiența egală dar cost mai mare).



- e. NU se folosesc EUSOL sau cloramina + acid boric decât la indicația expresă a medicului curant.
- f. NU se administrează antibiotice în plaga sub nicio formă.



3. Pansamente hidrocoloide - favorizează granulara și epitelizarea plăgilor cronice cu țesut de granulație aton și cu secreție purulentă absentă.

