



Policlinico
di Modena
AZIENDA OSPEDALIERA

CeVEAS
Centro per la Valutazione
dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria

LINEA GUIDA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA GENERALE

Sommario

Metodologia applicata	pag. 2
Bibliografia	pag. 2
Linea Guida	pag. 3-4

**Documento elaborato da un gruppo di lavoro
multidisciplinare con il coordinamento del CeVEAS**

Anno di realizzazione: 1995

Revisioni effettuate: 1998, 2000

METODOLOGIA APPLICATA

Questo documento si basa sulle principali Linee Guida (L.G.) esistenti e definisce per ogni area chirurgica la lista degli interventi effettuati dalle diverse Unità Operative (U.O.) e per ciascun intervento la profilassi da effettuare e la modalità di somministrazione.

La LG è stata realizzata da un gruppo multidisciplinare costituito da uno o più Chirurghi della UO interessata, un infettivologo, un anestesista, un infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere, la caposala della U.O. interessata, un medico di Direzione Sanitaria, un farmacologo clinico con funzione di coordinatore appartenente al CeVEAS.

Il gruppo ha esaminato il tipo di interventi chirurgici effettuati presso l'U.O. e ha definito, per ognuno di essi, secondo l'impostazione delle LG più recenti, il rischio globale di complicanze infettive considerando:

- i rischi legati all'intervento
 - tipo di intervento (pulito, pulito-contaminato, contaminato)
 - durata dell'intervento rispetto allo standard (75° percentile sec. NNIS)
- i rischi legati alla condizione clinica del paziente (Codice ASA)

Sulla base di questi elementi ed esaminando e confrontando le L.G. o le eventuali revisioni sistematiche disponibili sullo specifico intervento, è stata scelta la strategia di profilassi antibiotica da adottare (indicazione alla profilassi antibiotica e quando indicata: tipo di antibiotico, dose, modalità di somministrazione, durata della profilassi).

Nelle situazioni non chiare o in cui le raccomandazioni delle singole L.G. non erano univoche il gruppo di lavoro ha deciso sulla base della propria esperienza; in alcune di queste situazioni sono state previste due opzioni lasciando al Prescrittore la decisione finale.

Ogni gruppo multidisciplinare si è periodicamente riunito per riesaminare ed aggiornare la LG prodotta sulla base delle più recenti acquisizioni (con revisioni annuali o biennali).

È stata inoltre prevista una valutazione della LG attraverso un sistema di monitoraggio delle complicanze infettive post operatorie da eseguire con una metodologia concordata con le singole UO coinvolte e che prevede:

- una analisi dei comportamenti durante la degenza (rispetto della LG di profilassi antibiotica perioperatoria, eventuale terapia antibiotica post operatoria, numero e tipo di complicanze infettive rilevate durante la degenza)
- la valutazione del paziente ad un mese dall'intervento attraverso un contatto telefonico.

BIBLIOGRAFIA

1. Quality standard for antimicrobial prophylaxis in surgical procedures a cura di: E. Patchen Dellinger in nome e per conto di Clinical Affairs Committee of the Infectious Diseases Society of America: CID 1994; 18:422-7
2. Antimicrobial prophylaxis in surgery Committee on Antimicrobial Agents, Canadian Infectious Disease Society Canadian Medical Association Journal 1994; 151:925-931
3. American Society of Hospital Pharmacy (ASHP) therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery: Clinical Pharmacy: Am J Health Syst Pharm. 1999 sept. 15; 56 (18) 1839-88
4. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation Recommandations pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie Actualisation des recommandations issues de la Conference de Consensus de Décembre 1992 Méd Mal Infect 1999; 29:435-45
5. Scottish Intercollegiate Guidelines network Antibiotic prophylaxis in surgery. A National Clinical Guideline July 2000;
6. The Medical Letter: Profilassi Antimicrobica in Chirurgia anno XXVIII n: 20, 15 Ottobre 1999
7. A. Borri et Al. Linee Guida per la profilassi antibiotica in chirurgia elettiva. Collegio degli Infettivologi del Veneto Giornale Taliano delle Infezioni Ospedaliere 5, 1 marzo 1998 13-17
8. D.H. Culver et al. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index 1991; The American J of Med 91 (suppl 3B) 152S-157S
9. F.Song et al. Antimicrobial prophylaxis in colorectal surgery: a systematic review of randomized controlled trials: British J of Surgery 1998; 85, 1232-1241

**AZIENDA OSPEDALIERA
POLICLINICO DI MODENA
LINEA GUIDA DI PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA GENERALE**
(in corso di aggiornamento)

TIPO DI INTERVENTO	ANTIBIOTICO E MODALITÀ' DI SOMMINISTRAZIONE	NOTE
<p>TIROIDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiroidectomia totale o parziale • Nodulesctomia <p>MAMMELLA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nodulesctomia • Quadrantectomia • Mastectomia <p>SISTEMA VENOSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Safenectomia, altri interventi su varici • Gangliectomia <p>ERNIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernioplastica <p>ALTRI INTERVENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lisi di aderenze • Splenectomia non complicata • Lipomi/ematomi/linfonodi • Neoplasia delle parti molli 	<p>DI NORMA: NESSUNA PROFILASSI ANTIBIOTICA</p> <p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si prevede che l'intervento superi le 3 ore di durata <p style="text-align: center;">oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> • si calcola un codice ASA ≥ 3 <p>somministr. CEFAZOLINA 2 g ev prima di iniziare le manovre anestesiolgiche</p> <p>Se l'intervento imprevedibilmente supera le 3 ore somministrare (appena ci si rende conto di ciò) CEFAZOLINA 2 g ev</p> <p>Se si applica materiale protesico somministrare : CEFAZOLINA 2 g ev prima di iniziare le manovre anestesiolgiche.</p>	<p>La presenza di un drenaggio non giustifica la somministrazione di una profilassi, ma di una terapia antibiotica mirata alla comparsa dell'infezione. <u>Nel caso si renda necessaria la permanenza prolungata di un drenaggio è opportuno utilizzare il circuito chiuso.</u></p> <p><u>Nei pazienti allergici</u> ai beta lattamici (Penicilline, Cefalosporine): di norma non eseguire alcuna profilassi antibiotica oppure se lo si ritiene fortemente necessario somministrare: Cotrimoxazolo (Bactrim) 2 fl in 125-250 cc di destrosio 5%; far scendere in 1 ora.</p>
<p>ERNIE-LAPAROCELI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernioplastica con utilizzo di protesi • Laparoccele <p>ALTRI INTERVENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Splenectomia post traumatica complicata • Splenectomia nell'ambito di neoplasia • Addominoplastica 	<p>CEFAZOLINA 2 g ev in sala operatoria prima di iniziare le manovre anestesiolgiche</p> <p>Se l'intervento dura più di 3 ore, alla 3° ora somministrare: CEFAZOLINA 1 g ev.</p> <p>Non è prevista alcuna dose successiva in reparto</p>	<p><u>Nei pazienti allergici</u> ai beta lattamici (Penicilline, Cefalosporine) utilizzare: Cotrimoxazolo (Bactrim) 2 fl in 125-250 cc di destrosio 5% da far scendere in 1 ora Oppure Ciprofloxacina (Ciproxin, Flociprin) 200 mg ev o Pefloxacina (Peflacin, Peflox) 400 mg ev.</p>
<p>MAMMELLA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mastoplastica riduttiva • Mastoplastica additiva • Impianto di espansore o protesi 	<p>CEFAZOLINA 2 g ev in sala operatoria prima di iniziare le manovre anestesiolgiche</p> <p>Se l'intervento dura più di 3 ore, alla 3° ora somministrare: CEFAZOLINA 1 g ev (senza spostare gli orari successivi quando previsti).</p> <p>la CEFAZOLINA andrà continuata per 24 ore alla dose di 1 g ogni 8 ore iniziando 6 ore dopo la 1° dose.</p>	<p><u>Nei pazienti allergici</u> ai beta lattamici (Penicilline, Cefalosporine) utilizzare: Cotrimoxazolo 2 fl in 125-250 cc di destrosio 5% da far scendere in 1 ora oppure Ciprofloxacina 200 mg ev. continuare con 200 mg ogni 12 ore per 24 ore</p>
<p>STOMACO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia dello stomaco, del duodeno e del tenue di elezione • Gastroplastica ♦ 	<p>CEFAZOLINA 2 g (Cefamezin, Totacef) ev in sala operatoria prima di iniziare le manovre anestesiolgiche</p> <p>Se l'intervento dura più di 3 ore, alla 3° ora somministrare: CEFAZOLINA 1 g ev (senza spostare gli orari successivi quando previsti).</p> <p>Se: il paziente presenta un codice ASA ≥ 3 ♦in caso di gastroplastica la CEFAZOLINA andrà continuata per 24 ore alla dose di 1 g ogni 8 ore iniziando 6 ore dopo la 1° dose.</p>	<p><u>Nei pazienti allergici</u> ai beta lattamici (Penicilline, Cefalosporine) utilizzare: Cotrimoxazolo (Bactrim) 2 fl in 125-250 cc di destrosio 5% da far scendere in 1 ora oppure oppure Ciprofloxacina 200 mg ev quando previsto continuare con 200 mg ogni 12 ore per 24 ore</p>
<p>VIE BILIARI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectistectomia di elezione (via addominale) <ul style="list-style-type: none"> • Colectistectomia elettiva videolaparoscopica. (senza colectistite progressa) 	<p>CEFAZOLINA 2 g (Cefamezin, Totacef) ev in sala operatoria prima di iniziare le manovre anestesiolgiche</p> <p>Se l'intervento dura più di 3 ore, alla 3° ora somministrare: CEFAZOLINA 1 g ev (senza spostare gli orari successivi quando previsti).</p> <p>DA DEFINIRE</p>	<p><u>Nei pazienti allergici</u> ai beta-lattamici sostituire la Cefazolina con: CIPROFLOXACINA 200 mg ev</p> <p>Se nel corso dell'intervento si verifica una contaminazione o si evidenziano i segni di una infezione in atto si potrà iniziare una terapia antibiotica con Piperacillina per la durata ritenuta necessaria</p>

TIPO DI INTERVENTO	ANTIBIOTICO E MODALITÀ' DI SOMMINISTRAZIONE	NOTE
<p>VIE BILIARI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colecistectomia complicata (Empiema o colecistite ac. pregressi) • Calcolosi della via biliare principale senza ittero • Drenaggio biliare esterno • Papillosfinterotomia non endoscopica • Papillosfinterotomia endoscopica • Coledocoduodenostomia • Cisti da echinococco 	<p>PIPERACILLINA 2g ev in sala operatoria prima di iniziare le manovre anestesiolgiche.</p> <p>Se l'intervento dura più di 3 ore, alla 3° ora somministrare: PIPERACILLINA 2 g ev (senza spostare gli orari successivi quando previsti).</p> <p>Continuare in reparto con PIPERACILLINA 2g ogni 8 ore per 24 ore</p>	<p>Nei pazienti allergici ai beta-lattamici sostituire la Piperacillina con: CIPROFLOXACINA 200 mg ev continuare con 200 mg ogni 12 ore per 24 ore</p> <p>Se l'intervento coinvolge il pancreas la PIPERACILLINA potrà essere continuata per 48 ore dopo l'intervento alla dose di 2 g ogni 8 ore.</p> <p>Se nel corso dell'intervento si verifica una contaminazione o si evidenziano i segni di una infezione in atto si potrà continuare la somministrazione di Piperacillina per la durata ritenuta necessaria</p>
<p>COLON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectomia totale • Emicolectomia semplice o allargata • Colectomia del trasverso • Sezione segmentaria del colon • Chirurgia per ca. del retto 	<p>1) PREPARAZIONE INTESTINALE CON:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dieta priva di scorie nei 3-4 gg precedenti • purganti osmotici (SELG 4 buste in 4 l di acqua da somministrare 24 ore prima dell'intervento) <p>1 bis) PROFILASSI ORALE ?? (da definire)</p> <p>2) PROFILASSI PARENTERALE:</p> <p>CEFOXITINA (Mefoxin) 2 g ev prima di iniziare le manovre anestesiolgiche</p> <p>Se l'intervento dura più di 3 ore, alla 3° ora somministrare CEFOXITINA 1 g ev in bolo (senza spostare gli orari successivi quando previsti).</p> <p>Continuare in reparto con 1 sola dose di CEFOXITINA 1 g ev in bolo 6 ore dopo la 1° dose</p> <p>Quando il paziente presenta: un codice ASA ≥ 3 l'antibiotico potrà essere continuato per 24 ore alla dose di: Cefoxitina 1 g ogni 8 ore</p>	<p>Nei pazienti allergici ai beta lattamici utilizzare: GENTAMICINA (Gentilyn) 120 mg (80 mg se età > 65 aa) + METRONIDAZOLO (Deflamon) 500 mg in sala operatoria prima di iniziare le manovre anestesiolgiche Quando previsto continuare con gentamicina 120 mg ogni 12 ore + metronidazolo 500 mg ogni 8 ore) (massimo 24 ore)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Appendicectomia d'urgenza • Ricanalizzazione intestinale 	<p>CEFOXITINA (Mefoxin) 1-2 g ev (1 g se il peso < 50 Kg) prima di iniziare le manovre anestesiolgiche</p> <p>Se l'appendice al tavolo operatorio è flemmonosa o perforata continuare l'antibiotico per il tempo necessario alla dose di: Cefoxitina 1 g ogni 8 ore</p>	<p>Nei pazienti allergici ai beta lattamici utilizzare gentamicina (1,5 mg/Kg) + metronidazolo (7,5 mg/Kg) ev.</p>
<p>POLMONE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pneumectomia • Lobectomia • Bilobectomia • Segmentectomia • Videotoracosopia 	<p>CEFAZOLINA 2 g (Cefamezin, Totacef) ev in sala operatoria prima di iniziare le manovre anestesiolgiche</p> <p>Se l'intervento dura più di 3 ore, alla 3° ora somministrare: CEFAZOLINA 1 g ev (senza spostare gli orari successivi quando previsti).</p> <p>la CEFAZOLINA andrà continuata per 24 ore alla dose di 1 g ogni 8 ore iniziando 6 ore dopo la 1° dose.</p> <p>Se: il paziente presenta un codice ASA ≥ 3 la CEFAZOLINA andrà continuata per 48 ore alla dose di 1 g ogni 8 ore iniziando 6 ore dopo la 1° dose.</p>	<p>Nei pazienti allergici ai beta lattamici somministrare: CIPROFLOXACINA 200 mg ev prima di iniziare le manovre anestesiolgiche (da continuare con 200 mg ogni 12 ore per 24 o 48 ore a seconda dei casi) oppure CLARITROMICINA 500 mg ev prima di iniziare le manovre anestesiolgiche (da continuare con 500 mg ogni 12 ore per 24-48 ore a seconda dei casi)</p>

NB In caso di complicità infettiva l'esecuzione di una coltura può consentire di isolare il germe responsabile dell'infezione.

Modena (in corso di aggiornamento)