

Protocollo stilato in accordo con quello in uso presso l' ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

PROTOCOLLO PER L'UTILIZZO DELLA TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

1. Oggetto

La presente procedura ha per oggetto le modalità di utilizzo del trattamento con Terapia a Pressione Negativa.

2. Scopo e campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutti i trattamenti per le ferite complesse (comprese torace ed addome aperto) con Terapia a Pressione Negativa richiesti da tutti i reparti della ASST. La procedura si applica all'interno della dell'A.O Bianchi Melacrino Morelli

3. Responsabilità

L'indicazione al trattamento con Terapia a Pressione Negativa va posta esclusivamente da parte dei professionisti medici che fanno capo all'ambulatorio ferite complesse, afferente al Centro Interdipartimentale Wound Healing Center; parimenti la gestione delle macchine a disposizione. L'iter autorizzativo è in capo alla DMP, la gestione delle macchine dal punto di vista tecnico ed amministrativo è in capo all'Ingegneria Clinica.

4. Bibliografia di riferimento

- . Commissione Regionale DM Regione Emilia Romagna "Criteri per l'uso appropriato della terapia a pressione negativa nelle ferite acute e croniche" LG nov. 2013
- . International consensus conference on open abdomen in trauma- J. Negreanu et al.-Journal of Trauma and Acute Care Surgery; dee. 2015
- Topical negative pressure for treating chronic wounds (Review) - Ubbink DT, Westerbos SJ, Evans D, Land L, Vermeulen H - The Cochrane Collaboration published in The Cochrane Library 2009
- Topical negative pressure wound therapy: a review of its role and guidelines for its use in the management of acute wounds - Estas Bovili, Paul E Banwell, Lue Teot, Elof Eriksson, Colin Song; Jim Mahoney, Ronny Gustafsson, Raymund Horch, Anand Deva, Ian Whitworth, From the International Advisory Panel on Topical Negative Pressure- International Wound Journal 2008
- Negative Pressure Wound Therapy: a Systematic Review on Effectiveness and Safety - P. Vikatmaa^{31*}, V. Juutilainen⁸, P. Kuukasjärvi^c, A. Malmivaara^c-European Society for Vascular Suroerv 2008
- Negative Pressure Wound Therapy. A Vacuum of Evidence ? - Sven Gregor, MD; Marc Maegele, MD; Stefan Sauerland, MD, MPH; Jan F. Krahn, MD; Frank Peinemann, MD; Stefan Lange, MD, PhD.-American Medical Association-Arch, Surg. 2008
- Negative Pressure wound therapy after severe open fractures: a prospective randomized study- Division of Orthopaedic Surgery, University of Alabama at Birmingham-USA -J Orthopaedic Trauma- 2010 May

- Open tibial shaft fractures: Evaluation and initial wound management- Department of Orthopaedic Surgery, University of Pennsylvania, Philadelphia USA
J Am Acad Orthop Surgery 2010 Jan
- A review of the literature on topical therapies for diabetic foot ulcers Part 2: Advanced treatments- University of Worcester, UK Journal of wound care, 2009 Aug „

5. Modalità operative

5.1 Richiesta attivazione

La struttura richiedente dovrà inoltrare richiesta per "visita e parere". Previa valutazione del paziente da parte dello Specialista, al quale spetta in via esclusiva l'indicazione e la gestione della TPN, la struttura richiedente inoltra via fax alla Direzione Medica di Presidio:

- il "**Modulo 1**" debitamente compilato e sottoscritto come di seguito:

- a) apporre timbro, numero e descrizione del centro di costo richiedente;
- b) apporre bollino SDO paziente;
- c) barrare la voce relativa ad "attivazione" specificando la data di attivazione della terapia;

- il "**Modulo 1 bis**", per la richiesta di materiale di medicazione:

- a) barrare la voce relativa
- b) apporre inoltre il numero di telefono, numero di fax e nominativo della persona di riferimento della struttura richiedente.

La compilazione e la spedizione del fax sarà a carico del reparto presso il quale viene attivata la TPN.

Nel caso in cui l'apparecchiatura sia posizionata in CO, la richiesta di attivazione dovrà essere compilata e spedita dalla struttura degenza di riferimento - parimenti, per ogni procedura eseguita in CO il materiale va fornito dalla struttura di degenza che ha in carico il paziente.

La richiesta di attivazione dovrà essere sottoscritta dallo specialista prescrittore e dal responsabile della struttura presso la quale è degente il paziente mediante apposizione di timbro e firma leggibili. La richiesta di materiale, da consegnare alla struttura di degenza, deve essere compilata e sottoscritta dal prescrittore.

5.2 Trasferimento paziente

Compilare il modulo 1, come sopra, barrando la voce relativa: "trasferimento paziente", specificando la data.

La compilazione e la spedizione del fax sarà a carico del reparto che trasferisce il paziente. Il modulo di terapia segue il paziente, essendo parte integrante della cartella clinica

5.3 Fine terapia

Compilare il modulo 1, come sopra, barrando la voce relativa: "fine terapia", specificando la data, farlo siglare nuovamente al medico prescrittore ed inviarlo al fax. La compilazione e la spedizione del fax sarà a carico del reparto presso il quale è degente il paziente.

6. Sanificazione

Le apparecchiature ed i relativi accessori utilizzati per la terapia a pressione negativa vanno sanificate a cura del reparto utilizzatore:

- al termine di ogni ciclo di terapia tra un paziente e l'altro
- prima di essere restituite al termine dell'utilizzo, oppure in caso di guasto. La procedura di pulizia da effettuarsi è la seguente:
 - . Indossare camici, guanti e mascherina di protezione.
 - . Accertarsi che l'apparecchiatura sia disconnessa dalla rete elettrica e sia spenta.
 - . Pulire la superficie esterna dell'unità motore con panno imbevuto di soluzione antisettica in uso in Ospedale FARMECOL 70 (a base di alcool etilico a 70°). Porre particolare attenzione al vano contenitore fluidi.

- . Il panno deve essere umido ma non gocciolante, per evitare di depositare una quantità eccessiva di soluzione sull'unità motore. Non usare altri prodotti chimici (es. solventi), poiché potrebbero danneggiare l'involucro e lo schermo. Asciugare con un panno.
- . Eseguire le operazioni descritte precedentemente per il cavo di connessione elettrica.
- . Pulire lo schermo con un panno leggermente inumidito ed asciugare.
- . Effettuare le verifiche tecniche di funzionamento ricollegando l'unità motore all'alimentazione elettrica.
- Evitare di versare liquidi sull'unità motore. I liquidi che permangono sui comandi elettrici/elettronici possono provocare corrosione ed eventuale malfunzionamento dei componenti, causando possibili pericoli per il paziente e per gli operatori.

E' a cura della ditta la sanificazione bimestrale di tutto il parco macchine in dotazione.

7. Trattamenti ambulatoriali

La gestione ambulatoriale del paziente prevede che il trattamento (gestione delle medicazioni) avvenga presso l'ambulatorio delle ferite complesse (Blocco Sud Area B, stanza n. 16); la custodia della macchina è in capo al paziente presso il proprio domicilio. Il paziente dovrà essere formato dall'equipe degli specialisti dell'ambulatorio e dovrà rilasciare una dichiarazione di assunzione di responsabilità (mod. DAR) per l'espletamento della terapia al proprio domicilio.

Alla fine della terapia domiciliare, la macchina sarà consegnata al personale dell'ambulatorio delle ferite complesse e recapitata in Ingegneria Clinica per le verifiche tecniche prima del successivo rilascio.

Il medico che arruola il paziente alla terapia domiciliare dovrà compilare la RUR che potrà contenere un max di 8 medicazioni a prescrizione per un totale di 20 medicazioni per distretto corporeo nell'arco di 12 mesi.

8. Definizioni e abbreviazioni

SDO = Scheda di Dimissione Ospedaliera WHC

- Wound Healing Center

9. Validità

La presente procedura è immediatamente esecutiva e valida fino ad aprile 2019.

Data

**DA INVIARE ALLA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO**

Oggetto: TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA

Per il trattamento delle ferite complesse

Timbro Struttura richiedente	
Bollino SDO paziente	
macchina a disposizione SI NO	n. inventario
ATTIVAZIONE data	
TRASFERIMENTO data	

Denominazione Struttura accettante

FINE TERAPIA data

RICHIESTA MEDICAZIONI (compilare modulo 1 bis)

Lo Specialista

Il Responsabile della S.C. Richiedente

Dr. Dr. _____

Nominativo	
Nr. di Telefono	
Nr. di Fax	

*RICHIESTA AUTORIZZATA
Direzione Medica di Presidio*

Dr.

Dr.

C.a.

Modulo nr. 1/bis

Data _____

TIMBRO STRUTTURA RICHIEDENTE

N. telefono _____

Fax

_____ | _____

MODULO 1/BIS (richiesta medicazioni)

Tipo e dimensione medicazione richiesta	
VIVANOMED KIT S	
VIVANOMED KIT M	
VIVANOMED KIT L	
VIVANOMED KIT XL	
VIVANOMED KIT SCHIUMA SOTTILE	
VIVANOMED KIT ADDOMINALE	
VIVANOMED SILICONE LAYER 7X5 VIVANOMED SILICONE LAYER 10X20 VIVANOMED SILICONE LAYER 20X30	
VIVANOMED WHITE FOAM S	
VIVANOMED WHITE FOAM M	
VIVANOMED SCHIUMA S VIVANOMED SCHIUMA M VIVANOMED SCHIUMA L	
Accessori richiesti	
VIVANOTEC CANISTER 300 ML	
VIVANOTEC CANISTER 800 ML	
VIVANO 1 bC CONNh 1 1 OKb A "Y"	
VIVANOTEC PORT	
VIVANOTEC PORT SMALL	
HYDROFILM 10X15 HYDROFILM 15X20 HYDROFILM 10X20 HYDROFILM 20X30	
ATRAUMAN AG 5X5 ATRAUMAN AG 10X10 ATRAUMAN AG 10X20	
Richiesta di intervento del Clinical Specialist	SI NO

VISTO SPECIALISTA
Dr.

VISTO Direzione Medica di Presidio
Dr.