



## INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
  - 2.1 SCOPO
  - 2.2 CAMPO DI APPLICAZIONE
  - 2.3 DESTINATARI
- 3.0 RIFERIMENTI E NORMATIVE LEGISLATIVE
- 4.0 GLOSSARIO
- 5.0 MODALITA' OPERATIVE
- 6.0 RESPONSABILITA'
- 7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

### 1.0 Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

**MEDICI:** Nardelli G.B., Zambon A., Onnis G.L., De Toffoli K.

**INFERMIERE/OSTETRICHE SALA TC:** Cardin A., Carraro M., Magarotto C., Marzari F., Masiero A., Crepaldi E., Miozzo E., Marobin F., La Bella B., Greco A., Zoccarato M., Bellinato G., Michelon G., Valerio E., Bernardi E., Greco A.

**OSTETRICHE:** De Franceschi M., Scapin G., Zanella P., Albertin M., Massarotto M., Granci M., Marivo F., Callegaro M., Zacchettin C., Sansone L., Luise D., Panizza C., Brugnaro S., Baccarin G., Favaron B., Gambalonga I.

**OSS:** Brusamolin M., Pagin S., Pescante A., Calgaro M., Benetti V., Zago S.

## **2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**

### **2.1 SCOPO**

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DEL PERSONALE MEDICO, DELLE OSTETRICHE, DELLE INFERMIERE E DELLE OPERATRICI SOCIO-SANITARIE IN CASO DI TRASFERIMENTO DI PAZIENTE DALLA SALA PARTO ALL PIASTRA OPERATORIA GINECOLOGICA PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTO DI ISTERECTOMIA POST-CESAREO O POST-PARTUM.

### **2.2 CAMPO D'APPLICAZIONE**

LA PROCEDURA SI APPLICA NELLA SALA PARTO DELLA U.O.C. DI CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA, AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA

### **2.3 DESTINATARI**

LA PRESENTE PROCEDURA E' DESTINATA AL PERSONALE MEDICO, OSTETRICO, INFERMIERISTICO E OSS DELL'UNITA' OPERATIVA.

## **3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI**

- ACCORDO SINDACALE DEL 4 OTTOBRE 2001.
- Codice Deontologia Medica, 16 dicembre 2006.
- Codice Deontologico Infermieri (1999): rapporti con la persona assistita 4.2, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9); rapporti professionali con i colleghi e altri operatori.
- Codice Deontologico Ostetriche approvato dal consiglio nazionale nella seduta del 10/11.03.2000, punto3 – rapporti con la persona assistita e punto 4 – rapporti con colleghi/e e altri operatori.
- D.M. 24 aprile 2000 – Adozione progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN 1998 – 2000.
- D.L. n° 502 del 30 dicembre 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 Legge 23.10.1992 n° 421 e successive modifiche.
- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 – definizione dei livelli essenziali di assistenza.

#### 4.0 GLOSSARIO

**ISTERECTOMIA:** RIMOZIONE CHIRURGICA DELL'UTERO. PUO' ESSERE TOTALE O PARZIALE, ESEGUITA PER VIA ADDOMINALE (LAPAROISTERECTOMIA) O PER VIA LAPAROSCOPICA.

**ISTERECTOMIA SUBTOTALE:** RIMOZIONE CHIRURGICA DEL CORPO DELL'UTERO CON CONSERVAZIONE DEL COLLO UTERINO E DEGLI ANNESSI.

**TAGLIO CESAREO:** ESTRAZIONE DEL FETO ATTRAVERSO INCISIONE CHIRURGICA DELLA PARETE ADDOMINALE E DELL'UTERO.

**ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO E POST-CESAREO:** SI ESEGUE UNA ISTERECTOMIA SUBTOTALE CHE DIFFERISCE DALL'ISTERECTOMIA DELLA PAZIENTE GINECOLOGICA IN QUANTO I TESSUTI RISULTANO PIU' CONGESTI E INFARCITI CON VASI VENOSI MOLTO PIU' VOLUMINOSI.

**ATONIA UTERINA:** MANCATA CONTRAZIONE DELLE PARETI UTERINE E DEI CAPILLARI SANGUIGNI CHE NON COSTRINGENDOSI COMPORTANO UNA IMPORTANTE EMORRAGIA. SI VERIFICA CON MAGGIOR FREQUENZA NELLE GRAVIDANZE GEMELLARI. NEL POST-PARTUM, DOPO TAGLIO CESAREO, PUO' ESSERE TRATTATA FARMACOLOGICAMENTE, MECCANICAMENTE CON MASSAGGIO ESTERNO DEL FONDO DELL'UTERO, PUO' RICHIEDERE UN INTERVENTO DI REVISIONE CAVITA' UTERINA (RCU) PER ESTRARRE EVENTUALI RESIDUI PLACENTARI RITENUTI ALL'INTERNO DELLA CAVITA' UTERINA CHE POSSONO IMPEDIRE L'OTTIMALE CONTRAZIONE DELL'UTERO; E IL TAMPONAMENTO UTERINO. ULTIMA SOLUZIONE IN CASO DI ATONIA UTERINA E' ISTERECTOMIA SUB-TOTALE.

**EMORRAGIA POSTPARTUM:** SI DEFINISCE EMORRAGIA POSTPARTUM LE CONDIZIONI IN CUI LE PERDITE EMATICHE SONO SUPERIORI A 500 ML DOPO PARTO SPONTANEO E SUPERIORI A 1000 ML DOPO TAGLIO CESAREO. SE LA PERDITA EMATICA SI VERIFICA

ENTRO LE PRIME 24 H. SI DEFINISCE COME EMORRAGIA POSTPARTUM PRECOCE, MENTRE E' DEFINITA TARDIVA SE SI VERIFICA TRA LE 24 H. – 6 SETTIMANE. LA CAUSA PRINCIPALE DI EMORRAGIA POSTPARTUM PRECOCE E' L'ATONIA UTERINA. ALTRE CAUSE: RITENZIONE DI RESIDUI PLACENTARI, LESIONI DEL COLLO DELL'UTERO E/O EMATOMI VAGINALI, ROTTURA DI UTERO.

## **5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'**

**PROCESSO: ISTERECTOMIA POST-PARTUM IN PZ. TRASFERIBILE**

RESPONSABILITA'	ATTIVITA'	NOTE
MEDICO GINECOLOGO	ALLERTAMENTO PERSONALE PIASTRA OPERATORIA	NOTA 1
IP /OSTETRICA SALA TC E STRUMENTISTA	PREPARAZIONE DELLA PAZIENTE ALL'INTERVENTO	NOTA 1
IP /OSTETRICA SALA TC E STRUMENTISTA	TRASFERIMENTO IN BARELLA ADIBITA AL TRASPORTO	NOTA 1
IP /OSTETRICA SALA TC E STRUMENTISTA	MONITORAGGIO PAZIENTE TRAMITE MONITOR PORTATILE	NOTA 1
MEDICO ANESTESISTA	PREPARAZIONE ZAINO DI SOCCORSO	NOTA 1
IP /OSTETRICA SALA TC E STRUMENTISTA	MANTENERE IN PRESIONE LO SPREMISACCA COLLEGATA ALL'ARTERIA	NOTA 1
IP /OSTETRICA SALA TC E STRUMENTISTA	POSIZIONAMENTO PZ SUL LETTO OPERATORIO NELLA ZONA ANTECEDENTE L'INGRESSO DELLA PIASTRA OPERATORIA	NOTA 1
IP /OSTETRICA SALA TC E STRUMENTISTA	RIPORTARE IN SALA PARTO I PRESIDI CHE HANNO ACCOMPAGNATO LA PAZIENTE NEL TRASFERIMENTO	NOTA 1



## 6.0 MODALITA' OPERATIVE

In caso di paziente stabilizzata, dopo un intervento per Taglio Cesareo o dopo un parto avvenuto nell'Unità Operativa Sala Parto Clinica Ostetrica, che presenta atonia uterina refrattaria ad ogni trattamento per cui è indicata l'isterectomia post-cesareo e post-partum, per decisione e indicazione del Medico Anestesista e/o del Medico Ginecologo, viene trasferita nella Piastra Operatoria Ginecologica del 2° piano della Clinica Ostetrica per l'esecuzione dell'intervento.

### NOTA 1: ISTRUZIONE OPERATIVA

### MOTIVAZIONI

<p>Il Medico Ginecologo responsabile avvisa il personale della Piastra Operatoria Ginecologica del trasferimento della paziente per isterectomia urgente; in caso di festivi, compreso il sabato, e durante l'orario notturno dalle h.20,00 alle h.8,00, avvisa tutte e due le reperibili della Piastra Operatoria.</p>	<p>IL MEDICO INDICA LA DIAGNOSI E IL TIPO DI INTERVENTO DA ESEGUIRE AL PERSONALE DELLA PIASTRA OP. OPPURE ALLE INFERMIERE REPERIBILI AL MOMENTO DELLA CHIAMATA.</p>
<p><b>La preparazione della paziente all'intervento avviene in Sala Parto:</b> nell'immediato post-cesareo la paziente è già pronta, mentre nel post-partum l'ostetrica/infermiera strumentista esegue <b>il cateterismo vescicale</b> e la <b>tricotomia</b> della zona sovrapubica, applica i tre elettrodi per ECG, la piastra per elettrobisturi, cuffia e calzari. N.B. TOGLIERE QUALSIASI TIPO DI INDUMENTO (camicia da notte, canottiera, ecc.).</p>	<p>SI TRATTA DI INTERVENTO ESEGUITO IN URGENZA: AGEVOLARE IL PERSONALE DELLA PIASTRA OPERATORIA PER RIDURRE I TEMPI.</p>
<p>La paziente viene trasferita su barella adibita a trasporto intraospedaliero (barella del pronto soccorso).</p>	
<p>La cartella clinica accompagna la paziente nel trasferimento in Piastra Operatoria Ginecologica.</p>	
<p>Per il trasferimento l'operatore addetto al trasporto è l'OSS</p>	

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA

Procedura operativa: ISTERECTOMIA POST-CESAREO/POST-PARTUM IN PAZIENTE SALA PARTO CLINICA OSTETRICA TRASFERIBILE IN PIASTRA OPERATORIA

della Sala Parto Clinica Ostetrica accompagnato da Medico Anestesista e infermiera/ostetrica strumentista.	
La paziente viene trasferita sempre monitorizzata utilizzando il monitor portatile.	E' NECESSARIO CONTROLLARE I PARAMETRI VITALI DELLA PAZIENTE PER COGLIERE OGNI TIPO DI ALTERAZIONE.
Se la paziente è già sottoposta a intubazione endotracheale per la respirazione artificiale assistita, durante il trasferimento verrà ventilata dal Medico Anestesista per mezzo ambu collegato a bombola di ossigeno portatile.	MANTENERE UN'ADEGUATA VENTILAZIONE E OSSIGENAZIONE DELLA PAZIENTE.
Il Medico Anestesista si munisce dello zaino di soccorso oppure si prepara i farmaci già diluiti per affrontare un'eventuale emergenza.	INTERVENIRE IN CASO DI ALTERAZIONE DEI PARAMETRI VITALI DELLA PAZIENTE.
Per la terapia infusione endovenosa continua di farmaci può essere necessario l'uso di una o più pompa-siringa, che segue la paziente durante il trasferimento.	MANTENERE INFUSIONE ENDOVENOSA COSTANTE DEI FARMACI NECESSARI.
Mantenere in pressione lo spremi- sacca collegato al Kit per arteria.	EVITARE OSTRUZIONE DEL CATETERE ARTERIOSO.
L'infermiera/ostetrica strumentista e l'OSS aiutano a posizionare la paziente sul letto operatorio nella zona antecedente l'ingresso della Piastra Operatoria.	EVITARE LA CONTAMINAZIONE DELLA PIASTRA OPERATORIA CON AGENTI VEICOLATI DA BARELLA ESTERNA.
L'infermiera/ostetrica strumentista e l'OSS riportano i presidi che hanno accompagnato la paziente durante il trasferimento: monitor, ambu, pompa-siringa, spremi- sacca, bombola O2, zaino di soccorso.	
Nei giorni festivi e durante l'orario notturno l'OSS della Sala Parto Clinica Ostetrica collabora con le infermiere reperibili della Piastra Operatoria per l'invio di esami ematochimici urgenti e la richiesta di sacche di sangue al Centro Trasfusionale.	
L'infermiera/ostetrica strumentista ripone i presidi utilizzati	MANTENERE IN ORDINE E



per il trasferimento, ne controlla il funzionamento, verifica la quantità di ossigeno nella bombola da trasporto.	FUNZIONALI I PRESIDI PER AFFRONTARE ALTRA EVENTUALE URGENZA.
---	--

## 7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE

La presente procedura è stata sottoposta a revisione ed entra a vigore a partire dal 02/05/2010.

## 8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- EMORRAGIA POST-PARTUM: EVIDENZE SCIENTIFICHE  
[www.sippo.it/pdf/emorragia\\_post\\_partum.pdf](http://www.sippo.it/pdf/emorragia_post_partum.pdf)
- ISTERECTOMIA – AZIENDA OSPEDALIERA ANTONIO CARDARELLI  
<http://ospedalecardarelli.it/info/schede.asp>
- [www.nadironlus.org/download/gravidanza.pdf](http://www.nadironlus.org/download/gravidanza.pdf)
- Programma nazionale linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità: Guida ai servizi clinici di prevenzione.
- Raccomandazioni dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta 2002.
- C.Paganotti et ai. PARTORIRE OGGI:IL TAGLIO CESAREO, Progetto Salute, Paderno Franciacorta, 1996-97.
- <http://Anestit.unipa.it/anestit/esiait/1099>
- [www.gynecoline.net](http://www.gynecoline.net)
- [www.salus.it/anest/subost](http://www.salus.it/anest/subost)
- Linee Guida Azienda Ospedaliera Padova/ULSS 16 Procedura assistenziale "Gestione del paziente sottoposto a intubazione tracheale" 28 febbraio 2005