

U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

**PROCEDURA OPERATIVA
ISTERECTOMIA
POST-CESAREO/POST-PARTUM
IN PAZIENTE PRESENTE IN SALA PARTO E
NON TRASFERIBILE**

Preparato da **Ref. Gruppo di lavoro Sala Parto Clinica Ostetrica**

Verificato da **Servizio Qualità Azienda Ospedaliera**
M.L.Chiozza.....
Unità di Valutazione Tecnologie Sanitarie
M.Castoro.....
Comitato per la Pratica Etica
R.Pegoraro.....

Verificato per **Direzione Medica**
validazione **M.Grattarola.....**

Approvato da **Direzione Sanitaria**
G.P.Rupolo.....
Direttore UOC-GO
G.B.Nardelli.....
Coordinatrice Sala Parto
R.Ciullo.....

Data 02/05/2010 **Rev. 01**
Data 30/07/2010 **Rev. 02**

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
Procedura operativa: ISTERECTOMIA POST-CESAREO IN PAZIENTE PRSENTE IN SALA
PARTO E NON TRASFERIBILE

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 E ACRONOMI
 - 4.1 GLOSSARIO
 - 4.2 ACRONOMI
- 5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'
- 6.0 MODALITA' OPERATIVE
 - 6.1 TRASFORMAZIONE SALA RCU IN SALA PER ISTERECTOMIA
 - 6.2 ESECUZIONE ISTERECTOMIA SUBTOTALE
 - 6.3 ATTIVAZIONE REPERIBILITA' INFERMIERISTICA
 - 6.4 ASSISTENZA AL MEDICO ANESTESISTA NELL'ISTERECTOMIA SUBTOTALE
 - 6.5 TRASPORTO CAMPIONI EMATICI
 - 6.6 TERMINE DELLA COLLABORAZIONE
 - 6.7 TRASFERIMENTO DELLA PAZIENTE IN UNITA' TERAPIA INTENSIVA
- 7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI
- 9.0 ALLEGATI
 - 9.1 ELENCO FERRI KIT ISTERECTOMIA

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 DELLE OSTETRICHE, DELLE INFERMIERE E DELLE OSS NELL'ASSISTENZA ALLA PAZIENTE SOTTOPOSTA A ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO.

2.2 CAMPO D'APPLICAZIONE

LA PROCEDURA SI APPLICA NELLA SALA OPERATORIA PER TAGLI CESAREI DELLA SALA PARTO DELLA U.O.C. DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA, AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA.

2.3 DESTINATARI

LA PRESENTE PROCEDURA E' DESTINATA AL PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO 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.
- PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE:
 - CIRCOLARE MINISTERO SANITA' N. 52/1985 E N.8/1988 "PIANO SANITARIO NAZIONALE" 1998-2000.
 - DECRETO LEGISLATIVO 626 DEL 19/9/1994 INTEGRATO DAL DL 19/3/1996 N.242 E MODIFICATO DAL DL N.66 DEL 25/02/2000 E SUCCESSIVE MODIFICHE SINO AL 28/8/2003 PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI, RECEPIMENTO DIRETTIVE 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 90/269/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE.
- DIRETTIVE SULL'UTILIZZO DISPOSITIVI MEDICI:
 - DL 507 – 01/12/1992 REC. 90/385/CEE (DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI); DL 46 – 24/02/1997 REC. 93/42/CEE (DISPOSITIVI MEDICI); DL 332 – 08/09/2000 REC. 98/79/CEE.
- RACCOMANDAZIONE n.2, luglio 2006 del Ministero della Salute "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico".

4.0 GLOSSARIO E ACRONOMI

4.1 GLOSSARIO

ISTERECTOMIA TOTALE: RIMOZIONE CHIRURGICA DELL'UTERO. PUO' ESSERE TOTALE O PARZIALE (SUBTOTALE), ESEGUITA PER VIA LAPAROTOMICA O PER VIA LAPAROSCOPICA O PER VIA VAGINALE.

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 (TC DEMOLITORE): SI ESEGUE UNA ISTERECTOMIA SUBTOTALE O TOTALE CHE DIFFERISCE DALL'ISTERECTOMIA DELLA PAZIENTE GINECOLOGICA IN QUANTO I TESSUTI RISULTANO PIU' CONGESTI E INFARCITI CON VASI VENOSI DI CALIBRO MAGGIORE.

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, PUO' RICHIEDERE UN INTERVENTO DI R.C.U. PER ESTRARRE EVENTUALI MEMBRANE PLACENTARI RESIDUE RITENUTE 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.

ISTERECTOMIA POST-CESAREO IN PAZIENTE NON TRASFERIBILE: QUANDO LE CONDIZIONI DI SHOCK EMORRAGICO-IPOVOLEMICO DELLA PAZIENTE, CONSEGUENTI ALL'ATONIA UTERINA, SONO TALI DA IMPEDIRE IL TRASFERIMENTO NELLA PIASTRA OPERATORIA GINECOLOGICA PER L'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO, L'ISTERECTOMIA SI EFFETTUA DIRETTAMENTE IN SALA PARTO.

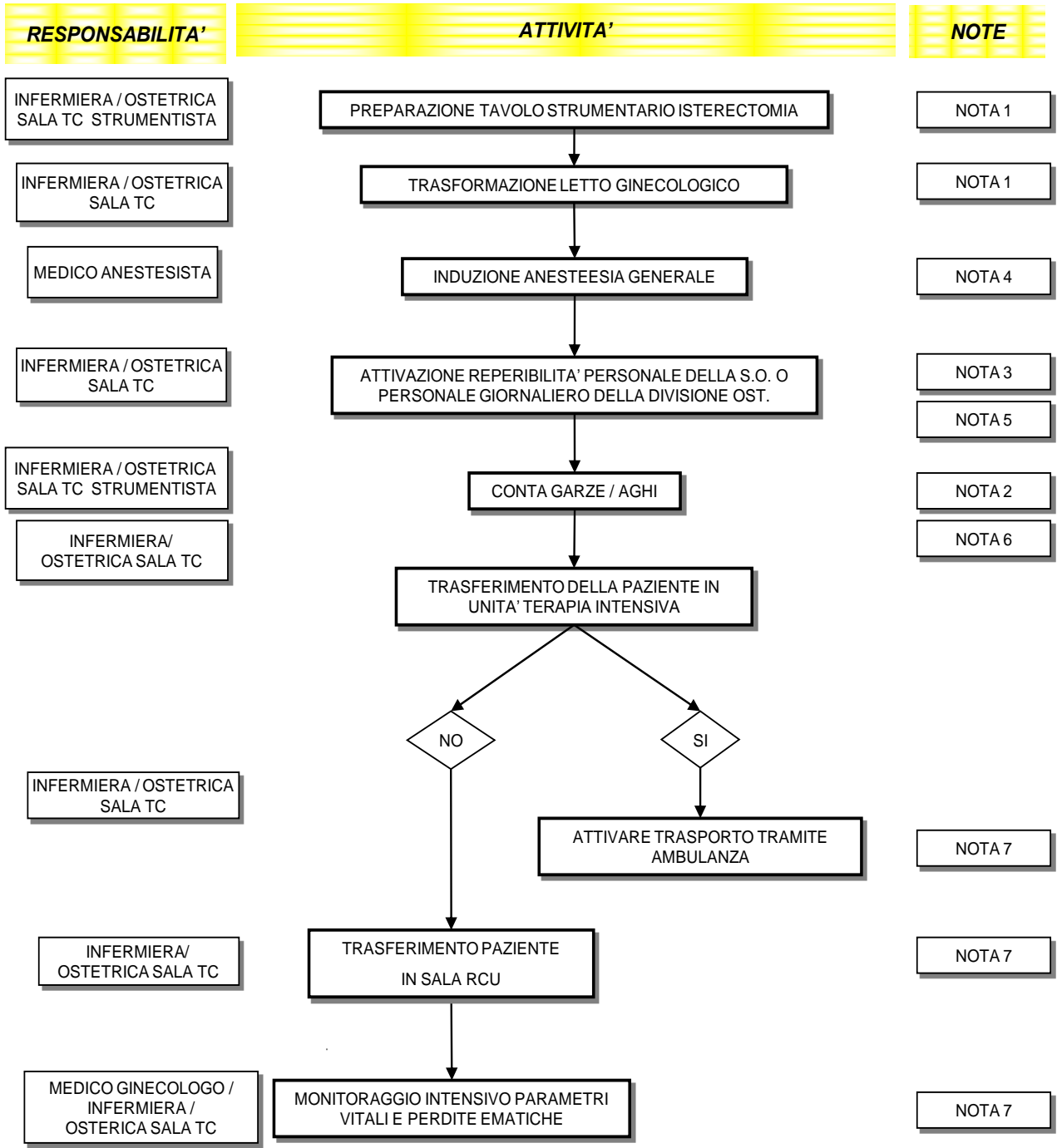
4.2 ACRONOMI

TC = TAGLIO CESAREO

RCU= REVISIONE CAVITA' UTERINA

5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'

PROCESSO: ISTERECTOMIA POST-PARTUM IN PZ. NON TRASFERIBILE



6.0 MODALITA' OPERATIVE

L'Isterectomia Post-Cesareo/Post-Partum si esegue nella SALA RASCHIAMENTI trasformata in Sala Cesarei n.2.

NOTA 1: TRASFORMAZIONE SALA RCU IN SALA PER LAPAROTOMIA

PROCEDURA OPERATIVA	MOTIVAZIONE
La strumentista prepara il tavolo strumentario utilizzando il "Kit Isterectomia".	
Trasformare il letto ginecologico in tavolo per laparotomia: togliere i gambali e sollevare gli appoggi per gli arti inferiori; inserire la cinghia ferma-gambe; mettere le lenzuola; predisporre un secondo palo per fissare i teli sterili a "vela"; predisporre tutti e due i poggia-braccia (incannulazione venosa periferica sia a destra, sia a sinistra).	

NOTA 2: ESECUZIONE ISTERECTOMIA SUB TOTALE

PROCEDURA OPERATIVA	
La strumentista assiste il chirurgo ai piedi della paziente.	La paziente ha tutte e due le braccia estese esternamente per dare maggiore accesso all'anestesista in caso di altra incannulazione venosa periferica e incannulazione arteriosa.
Il chirurgo procede all'Isterectomia Subtotale (vedi allegato TEMPI DELL'ISTERECTOMIA)	
Durante l'intervento vi è un massivo utilizzo di garze bariate e	

<p>comprese laparotomiche per cui sono necessarie numerose conte delle garze: l'ostetrica/infermiera di sala predispone a terra un campo con cerata per la raccolta delle garze/comprese raggruppate.(vedi procedura operativa interna CONTA DELLE GARZE IN CORSO DI TAGLIO CESAREO)</p>	
<p>L'utero estratto va inviato per esame istologico in Anatomia Patologica.</p>	
<p>Terminato l'intervento la strumentista invia il Kit isterectomia con il relativo box per i ferri sporchi, compilando e firmando la scheda di sterilizzazione segnalando l'urgenza ed avvisando il Centro Sterilizzazione (tel.8277)</p>	<p>L'Unità Operativa possiede un unico Kit Isterectomia, per cui va inviato con urgenza al Centro Sterilizzazione.</p>

NOTA 3: ATTIVAZIONE REPERIBILITA' INFERMIERISTICA / OSTETRICA - COLLABORAZIONE GIORNALIERA

<p><u>Nei giorni festivi, di sabato, e di notte (dalle h. 20,00 alle ore 8,00) attivare il Servizio di Reperibilità Infermieristica della Piastra Operatoria</u> chiamando una sola reperibile.(TEL. 1° REPERIBILE n. breve 97411).</p>	<p>Garantire la copertura in caso di emergenza della sala cesarei della Divisione Ostetrica lasciata scoperta, in quanto si tratta di intervento prolungato nel tempo.</p>
<p><u>Nei giorni feriali, dal lunedì al venerdì, nell'orario giornaliero che va dalle h. 7,00 alle h. 20,00,</u> chiamare l'infermiera/ostetrica giornaliera della Divisione Ostetrica (vedi procedura interna RICHIESTA COLLABORAZIONE DEL PERSONALE OSTETRICO / INFERMIERISTICO GIORNALIERO della Sala Cesarei Divisione Ost. del 11/05/2009).</p>	<p>Garantire un'ottimale assistenza alla paziente fino all'esaurirsi della criticità</p>

NOTA 4: ASSISTENZA AL MEDICO ANESTESISTA NELL' ISTERECTOMIA POST-CESAREO

L'INFERMIERA REPERIBILE O L'INFERMIERA/OSTETRICA GIORNALIERA ASSISTE IL MEDICO ANESTESISTA

Per STABILIZZARE LA PAZIENTE in shock emorragico, il Medico Anestesista procede a :

PROTOCOLLO OPERATIVO	
Induzione dell'Anestesia Generale e intubazione endotracheale per l'esecuzione dell'intervento di isterectomia.	L'isterectomia è un intervento complesso, di lunga durata, per cui l'Anestesia Spinale utilizzata per il taglio cesareo si esaurisce
Incannulazione 2° accesso Venoso periferico con ago cannula di grosso calibro (G14)	Avere a disposizione un accesso venoso adeguato per la trasfusione di sangue e l'infusione rapida e massiva di liquidi per correggere lo shock ipovolemico
Incannulazione arteria radiale, monitoraggio della pressione arteriosa invasiva, esecuzione di emogasanalisi arterioso	Rilevazione della pressione arteriosa in continua e misurazione più attendibile (anche pressioni molto basse). Possibilità di esecuzione emogasanalisi estemporaneo e di prelievi ematici per esami ematochimici urgenti.
Richiesta urgentissima di emazie concentrate: l'infermiera/ostetrica di sala prepara le due provette da gruppo (colore viola scuro) con etichetta accettazione paziente, segnando su ciascuna il Reparto, la Data, Firma dell'Esecutore del prelievo e DUE ORARI DIFFERENTI (di almeno 15 min.). La stessa firma va posta sullo spazio riservato all'esecutore del prelievo sulla richiesta di sangue che va compilata dal Medico.	Vedi LINEA GUIDA AZIENDALE "LA TRASFUSIONE DI SANGUE, EMOCOMPONENTI ED EMODERIVATI" dicembre 2008.
Trasfusione di sangue con utilizzo dell'apparecchio "LEVEL 1"	Ripristinare il volume ematico della paziente il più rapidamente

per l'infusione di liquidi riscaldati.	possibile.
In caso di emorragia massiva utilizzo delle sacche di emazie concentrate 0 Negativo presenti in Emoteca dell'Unità Operativa con corretta compilazione del "Registro Emoteca"	LE SACCHE DI SANGUE "0 NEG." PER L'EMERGENZA SE VENGONO UTILIZZATE, APPENA POSSIBILE DEVONO ESSERE PRONTAMENTE RIPRISTINATE.
Su richiesta dell'Anestesista si possono utilizzare anche le due sacche di "0 Neg." presenti nell'emoteca della Sala Cesarei della Divisione Ostetrica, con corretta compilazione del relativo "Registro Emoteca"	
Le sacche di "0 Neg." di Pronto Soccorso delle due strutture se vengono trasfuse alla paziente, appena possibile devono essere prontamente ripristinate.	
Riscaldare la paziente con coperta ad aria termoriscaldata BAIR-HUGGER	Si instaura uno stato di vasocostrizione conseguente allo shock emorragico.
Esecuzione di esami ematochimici urgenti	Valutare l'assetto emodinamico della paziente.

NOTA 5: TRASPORTO CAMPIONI EMATICI

Per il trasporto dei prelievi in Laboratorio Urgenze e il ritiro delle sacche di emazie concentrate in Centro Trasfusionale provvede il **personale OSS dell'Unità Operativa**.

Dalle h. 21,00 alle h. 5,30 attivare il Servizio Notturmo per il trasporto esami (Obitorio tel. N. Breve 97633).

NOTA 6: TERMINE DELLA COLLABORAZIONE

L'infermiera reperibile esaurisce la propria collaborazione in sala, alla CHIUSURA DEL PERITONEO PARIETALE quando la situazione d'emergenza è terminata, e non vi sono in	Una ostetrica/infermiera strumentista monitorizza la paziente fino al suo trasferimento in Reparto Intensivo, salvo altra emergenza.
--	--

previsione tagli cesarei urgenti in Sala Parto Divisione Ostetrica	
L'infermiera/ostetrica giornaliera termina la collaborazione in sala alla CHIUSURA DEL PERITONEO PARIETALE.	Esaurita l'emergenza l'infermiera/Ostetrica può ritornare al proprio servizio presso la Sala Parto Divisione Ostetrica.

NOTA 7: TRASFERIMENTO DELLA PAZIENTE IN UNITA' OPERATIVA INTENSIVA

Terminato l'intervento la paziente viene trasferita in Rianimazione.	Necessità di monitoraggio intensivo della paziente.
Avvisare gli operatori addetti al trasporto del Pronto Soccorso Centrale indicando dati della paziente, la destinazione, se necessita bombola Ossigeno.	In caso di paziente intubata, va ventilata con ambu collegato alla bombola d'ossigeno. La bombola è necessaria anche in caso di ossigenoterapia con occhialini o maschera, quando la paziente non è intubata.
La paziente viene trasferita accompagnata dal Medico Anestesista munito dello zaino di soccorso e monitorata con monitor portatile della Sala Parto, eventuale infusione endovenosa continua con pompa-siringa.	Nello zaino di soccorso vi è tutto il necessario per affrontare un'eventuale scompenso della paziente durante il trasporto.
La cartella clinica originale accompagna la paziente se il trasferimento avviene all'interno dell'Azienda Ospedaliera, mentre la fotocopia della cartella clinica accompagna la pz in caso di trasferimento in altra Azienda Osp. o ULSS 16 (Ospedale Sant' Antonio) in quanto l'originale rimane in Sala Parto.	Nel trasferimento fuori Azienda Ospedaliera di Padova, l'originale della cartella clinica rimane nell'Unità Operativa per la chiusura.

L'anestesista riporta in Sala Parto tutti i presidi che seguono la paziente durante il trasferimento.

L'ostetrica/infermiera strumentista controlla il funzionamento e ripone i presidi utilizzati per il trasferimento della paziente.

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
- ISTERECTOMIA – AZIENDA OSPEDALIERA ANTONIO CARDARELLI
<http://ospedalecardarelli.it/info/schede.asp>
- 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 al. PARTORIRE OGGI:IL TAGLIO CESAREO, Progetto Salute, Paderno Franciacorta, 1996-97.
- <http://Anestit.unipa.it/anestit/esiait/1099>
- www.gynecoline.net
- www.salus.it/anest/subost
- Linee Guida Azienda Ospedaliera Padova/ULSS 16 Procedura assistenziale "Gestione del paziente sottoposto a intubazione tracheale" 28 febbraio 2005
- Sinossi di anestesia e rianimazione – D.Polato E.Vincenti - Ed. La Garangola – 1986
- Azienda Ospedaliera di Padova-ULSS 16 Padova – Struttura interaziendale Servizio dell'Assistenza – "Linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie" maggio 2004
- Linee Guida Azienda Ospedaliera Padova/ULSS16 – "Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" – febbraio 2005
- Istruzione operativa Azienda Ospedaliera Padova "Identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura chirurgica" 15 novembre 2007
- Istruzione operativa Azienda Ospedaliera Padova "Prevenzione ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" 15 novembre 2007

9.0 Allegati

1. Elenco ferri kit isterectomia