

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

**PROCEDURA OPERATIVA
ASSISTENZA ALLA PAZIENTE
SOTTOPOSTA A R.C.U.**

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
validazione**

**Direzione Medica
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

INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
- 3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI
- 4.0 GLOSSARIO E ACRONIMI
- 5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'
- 6.0 MODALITA' OPERATIVE
 - 6.1 NOTA 1: ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE
 - 6.2 NOTA 2: PREPARAZIONE DELLA PAZIENTE
 - 6.3 NOTA 3: MATERIALE OCCORRENTE
 - 6.4 NOTA 4: ESECUZIONE
 - 6.5 NOTA 5: ESAME ISTOLOGICO
 - 6.6 NOTA 6: MONITORAGGIO POST OPERATORIO
- 7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 8.0 BIBLIOGRAFIA

1.0 Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

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., Gambalunga I.

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

2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DELLE INFERMIERE, DELLE OSTETRICHE E DELLE OSS NELL'ASSISTENZA ALLA PAZIENTE SOTTOPOSTA A RCU. SI APPLICA LA PRESENTE PROCEDURA NELLA SALA CESAREI/RCU DELLA U.O.C. DI CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA, DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA.

3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

- 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 E ACRONIMI

Il termine RCU definisce la **revisione della cavità uterina**, in questo specifico caso, dopo aborto spontaneo.

In quasi tutti i casi è necessaria la dilatazione del canale cervicale, anche quando la dilatazione ha già raggiunto spontaneamente un certo grado, talora è opportuno completarla per agevolare le manovre chirurgiche endouterine.

Prima di iniziare qualunque tipo di dilatazione l'operatore deve visitare accuratamente la donna al fine di controllare il volume e la posizione dell'utero, valutare le presenza di eventuali alterazioni dell'apparato genitale ed assicurarsi dell'esattezza della diagnosi.

Per eseguire la dilatazione del canale cervicale si pone la donna in posizione ginecologica e si induce un'anestesia generale, preferibilmente mediante sedazione, quindi si disinfettano i genitali esterni ed interni e si divarica la vagina posizionando prima la valva posteriore, poi la valva anteriore, che verranno affidate a chi assiste.

Si osserva quindi attentamente la portio e la vagina per controllare se vi sono segni di lesione.

Dopo l'ispezione preliminare, si disinfetta la portio e la vagina, si afferra il labbro anteriore del collo con una pinza ad anelli e si toglie la valva anteriore.

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
PROTOCOLLO ASSISTENZA PAZIENTE SOTTOPOSTA A RCU

L'operatore tira ora delicatamente il collo verso l'alto e l'avanti, facendo trazione sulla pinza ad anelli con una mano, quindi introduce nel canale cervicale uno dei dilatatori più sottili. Il sondaggio preliminare della cavità uterina con l'isterometro può essere utile al fine di stabilire l'ampiezza della cavità uterina e la posizione dell'utero stesso.

Essendo l'isterometro di metallo, talvolta può essere un rischio per la perforazione dell'utero, e viene quindi sostituito da una più piccola canna smussa di materiale plastico, generalmente utilizzate per l'aspirazione endouterina.

I dilatatori tradizionali sono quelli di Hegar, aste cilindriche metalliche lievemente ricurve ad estremità conica smussa, calibrate in modo crescente di mezzo in mezzo millimetro e classificate con una numerazione progressiva che corrisponde al diametro in millimetri.

La serie di dilatatori di Hegar di solito va da 2 mm a 30 mm; la dilatazione deve essere iniziata con un dilatatore che penetri senza sforzo nel canale cervicale, poi si procede passando successivamente ai numeri più alti, ma sempre evitando di usare troppa energia. La contro-trazione, esercitata sul collo mediante la mano che regge la pinza ad anelli, dà un'utile sensazione della forza da impiegare per inserire i dilatatori.

La dilatazione va eseguita lentamente non oltre il numero 12, in modo da poter penetrare nella cavità uterina con la pinza ad anelli o un cucchiaio smusso da revisione o con una grossa cannula da aspirazione.

Quando viene ottenuta una dilatazione del canale cervicale adeguata (almeno un centimetro di diametro), si può procedere allo svuotamento della cavità uterina.

Lo svuotamento viene effettuato preferibilmente con l'aspirazione seguita talvolta dalla revisione con cucchiaio smusso.

L'aspirazione viene attuata utilizzando cannule specifiche, fenestrate, smusse e in materiale plastico, dotate di una graduazione in centimetri e collegate con un aspiratore; prima di iniziare l'aspirazione è indispensabile accertarsi della lunghezza e della direzione dell'utero e si deve utilizzare una cannula il cui diametro espresso in millimetri corrisponda al numero delle settimane di età gestazionale del caso in oggetto.

La cannula deve essere introdotta nell'utero appena oltre l'orefizio uterino interno senza forzare, deve rimanere per due minuti ferma in modo da creare nell'utero il vuoto, spinta poi avanti e indietro con prudenza, facendola contemporaneamente ruotare lungo il suo asse e non deve mai esser estratta dall'utero fino al termine dell'aspirazione. Quando l'utero è vuoto si contrare sulla cannula ostacolandone il movimento di va e vieni.

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
PROTOCOLLO ASSISTENZA PAZIENTE SOTTOPOSTA A RCU

La tecnica dello svuotamento uterino con il metodo tradizionale è invece la seguente: dopo aver dilatato il canale cervicale si mantiene la pinza ad anelli sul labbro anteriore della portio che viene spostata tirandola in alto e in avanti. In seguito si penetra nella cavità uterina con una pinza ad anelli chiusa che viene poi aperta per quanto lo consente lo spazio disponibile, viene quindi chiusa nuovamente eseguendo un breve movimento di rotazione in modo da afferrare ampi lembi di tessuto; infine la pinza viene delicatamente estratta asportando così il materiale. Tale manovra viene eseguita più volte fino a quando si ha la sensazione che la cavità uterina non contiene più residui voluminosi.

L'estrazione del materiale deve essere completata dalla revisione della cavità uterina con il cucchiaino smusso. A tal proposito viene introdotto in cavità un cucchiaino a bordi smussi, lo si introduce nell'utero fino a livello del fondo e viene raschiata la cavità uterina passando sulla parete anteriore, su quella posteriore, su quelle laterali e sul fondo dell'utero. Il cucchiaino deve essere passato sulla parete uterina facendo attenzione a non provocare lesioni ma al tempo stesso con una pressione sufficiente a staccare il materiale deciduale dalle pareti.

Generalmente quando si vedono comparire piccole bolle d'aria assieme al sangue senza più materiale coriale, la cavità uterina è vuota.

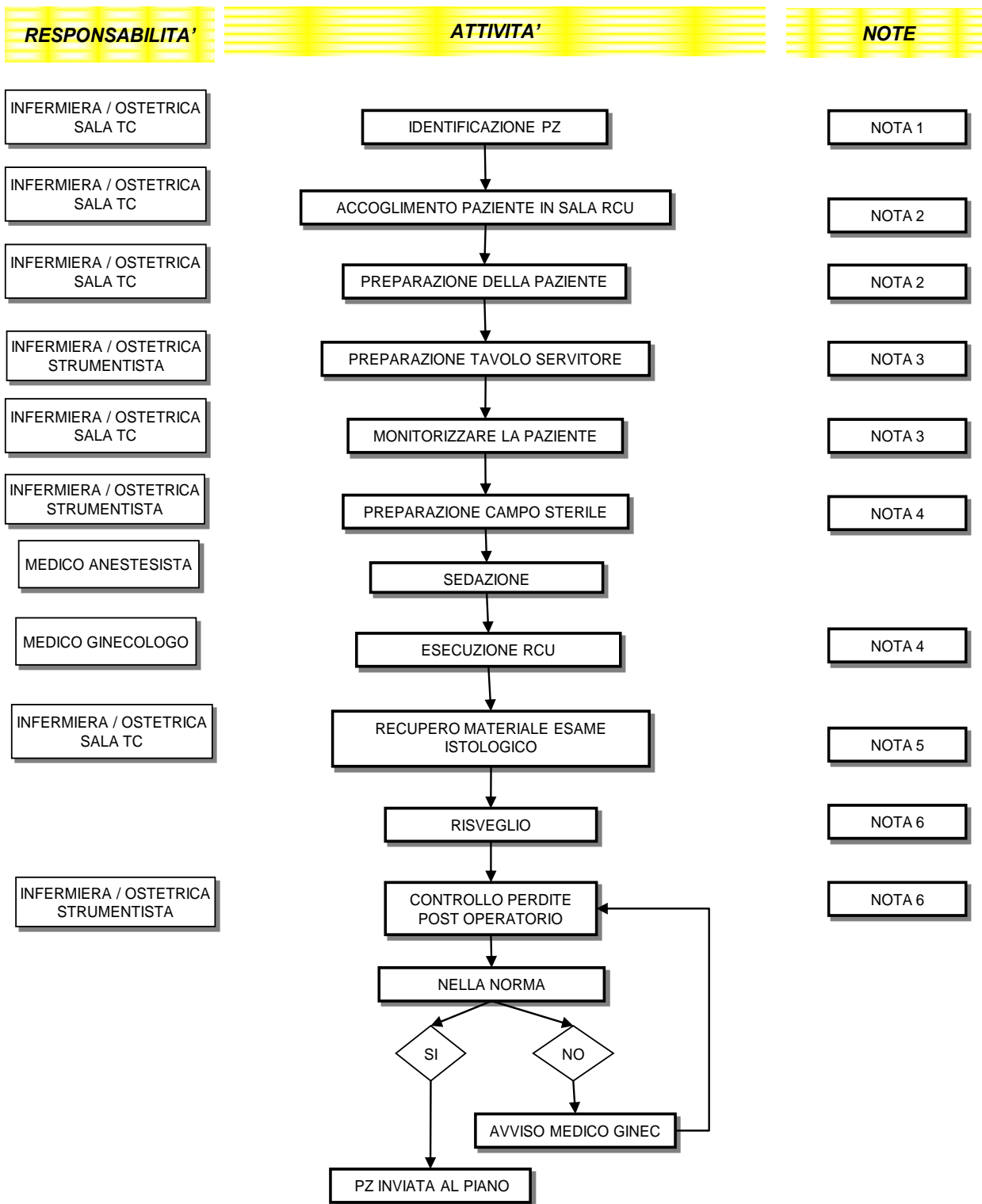
RCU: raschiamento cavità uterina

PZ: paziente

5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
 PROTOCOLLO ASSISTENZA PAZIENTE SOTTOPOSTA A RCU

PROCESSO: ASSISTENZA ALLA PAZIENTE SOTTOPOSTA A R.C.U.



6.0 MODALITA' OPERATIVE

NOTA 1: ACCOGLIMENTO DELLA PAZIENTE

Al momento dell'accoglimento della paziente in reparto, l'infermiera/ostetrica dedicata alla sala cesarei controlla che la cartella clinica sia completa di:

- visita anestesiologicala,
- esami ematochimici,
- esami sierologici

inoltre verifica:

- che sia inserita o meno nella lista operatoria
- che la pz sia a digiuno da almeno 6 ore
- Se presenta allergie (soprattutto lattice e iodio)
- se è portatrice di protesi dentarie e monili.

NOTA 2: PREPARAZIONE DELLA PAZIENTE

TECNICA DI ESECUZIONE	MOTIVAZIONE
<ol style="list-style-type: none">1. Lavarsi le mani con sapone antisettico. 2. Entrare in sala preparazione, presentarsi alla paziente, chiedere nome e cognome verificando che la cartella clinica corrisponda. 3. Controllo della cartella clinica: esami ematochimici e sierologici, presenza di visita anestesiologicala. Accertarsi di eventuali allergie, portatrice di protesi dentaria e digiuno da almeno 6 ore. 4. Spiegare alla paziente ciò che ci si appresta ad eseguire. 5. Far indossare cuffia e calzari. 6. Applicare i 3 tre elettrodi per l'ECG al torace della	<ol style="list-style-type: none">1. Il lavaggio delle mani è una delle manovre più efficaci ed è la prima da adottare per contrastare la diffusione delle infezioni ospedaliere.

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
PROTOCOLLO ASSISTENZA PAZIENTE SOTTOPOSTA A RCU

<p>paziente (nelle zone: emiclaveare destra, emiclaveare sinistra e nel 3° inferiore sternale)</p> <p>8. Incanulare una via venosa periferica all'avambraccio destro:</p> <ul style="list-style-type: none">- indossare 2 paia di guanti- applicare il laccio emostatico- reperire la vena periferica più evidente- disinfettare- incanulare la vena- collegare all'agocanula G 20 o G 18 il set flebo munito di rubinetto a tre vie e della prolunga. <p>9. Iniziare l'infusione endovenosa con Elettrolitica 500 ml.</p>	
---	--

NOTA 3: MATERIALE OCCORRENTE:

- KIT RCU
- Pacco teleria "parto" sterile
- Guanti chirurgici + guanti da visita sterili
- Sacca raccogli fluidi
- Garze sterili 10 x 10
- Disinfettante iodato
- Contenitore per esame istologico con formalina

TECNICA DI ESECUZIONE
<ol style="list-style-type: none">1. La pz viene posizionata sul lettino operatorio ginecologico2. si collegano gli elettrodi al monitor, si posiziona il bracciale per la misurazione della PAO e il saturi metro.3. Preparazione tavolo servitore4. Prima di iniziare la disinfezione del campo operatorio, è bene informare la paziente di ciò che ci si appresta a fare.

NOTA 4: ESECUZIONE DEL RASCHIAMENTO

1. prima della sedazione della pz, si disinfettano i genitali esterni partendo dal pube e allargando la disinfezione dalla vulva fino alle cosce.
2. Con un secondo batuffolo si disinfetta la parte centrale sempre partendo dall'alto verso il basso.
3. Si pone un telo sterile sotto al bacino e con altri teli sterili si coprono le gambe e la zona sovra pubica.
4. Quando la pz è sotto l'effetto della narcosi, si disinfetta il canale vaginale.
5. Prima di procedere all'intervento, il ginecologo effettua una visita vaginale (utilizzando i guanti da visita sopra i guanti chirurgici).
6. Si posizionano le valve vaginali che vengono tenute in sede dalla strumentista.
7. L'operatore mette in trazione il collo dell'utero con una o due pinze di Hegar (la strumentista toglie la valva anteriore).
8. Mediante isterometro misura la profondità della cavità uterina e inizia a dilatare il canale cervicale mediante i dilatatori di Hegar (dal num. 3 al num 12,5).
9. Procede allo svuotamento della cavità uterina con pinza ad anelli o su richiesta mediante canula più tubo per aspirazione uterina.
10. Si effettua il raschiamento interno con courette o ansa del pasquali (la strumentista preme il fondo dell'utero con una mano sull'addome).
11. Si recupera il materiale endouterino necessario per l'esame istologico.
12. Si disinfetta internamente con garza più pinza anatomica.
13. A seconda dei casi, può essere lasciato in sede uno zaffo (in caso di sanguinamento abbondante e protratto). Dopo l'intervento si controllano le eventuali perdite e si chiede conferma all'anestesista per il trasferimento al reparto d'origine.

NOTA 5: ESAME ISTOLOGICO

il materiale per esame istologico va raccolto nell'apposito contenitore con formalina, corredato da etichetta rilasciata dall'accettazione o in mancanza di questa, si compila un'etichetta bianca, con nome cognome data reparto e descrizione del materiale. Il materiale raccolto si conserva in frigorifero accompagnando dalla richiesta di esame istologico compilata dal ginecologo fino all'invio in anatomia patologica.

NOTA 6: MONITORAGGIO POST OPERATORIO

La paziente viene monitorizzata al completo risveglio, a seguito di decisione da parte del medico anestesista. Una volta risvegliata, viene posizionata sul proprio letto di degenza e tenuta in osservazione per 15 / 30 minuti. In tale periodo di tempo si valuta l'entità della perdita ematica vaginale. Se il monitoraggio post operatorio risulta regolare, si invia la paziente al reparto di degenza. La paziente viene trasportata al piano di degenza dal personale infermieristico e dal personale OSS del reparto di destinazione. Il personale ostetrico e infermieristico della sala RCU provvederà quindi a prendere accordi telefonici con le colleghe del reparto di degenza della paziente.

7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE

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

8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni n: Ginecologia e Ostetricia. SEU Ed. Roma, 2009
- Guana M., Cappadonna R., DiPaolo A.M., Pellegrini M.G.: La disciplina ostetrica. Teoria, pratica e organizzazione della professione. The McGraw-Hil Ed, Milano 2006.
- Grella PV, Massobrio M., Pecorelli S., Zichella L: Compendio di Ginecologia e OIstetricia. Monduzzi Ed. Bologna, 2006