

# Procedura operativa per la gestione delle pazienti chirurgiche in Ginecologia e Ostetricia

Prot. n. /

## **Procedura operativa per la gestione delle pazienti chirurgiche in Ginecologia e Ostetricia**

**Redatto in data 28-02-2017 dai dott. Stefano Palomba e dott. Davide Laganà**

**Approvato in data 02-03-2017 dal dott. Francesco A. Battaglia**

### **Sommario**

1. Premessa
2. Obiettivi
3. Campo di applicazione e destinatari
4. Gestione in fase di pre-ricovero
5. Gestione pre-chirurgica
6. Gestione del primo post-operatorio
7. Gestione del post-operatorio avanzato
8. Dimissioni
9. Gestione in fase di post-ricovero
10. Note conclusive
11. Controllo e monitoraggio
12. Bibliografia essenziale
13. Allegati

## 1. Premessa

Sempre più l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Ginecologia e Ostetricia del Grande Ospedale Metropolitano (GOM) "Bianchi – Melacrino – Morelli" di Reggio Calabria si pone come Centro Hub per le patologie chirurgiche ginecologiche e ostetriche ad alta complessità e richiedenti un approccio multidisciplinare.

Al momento, tuttavia, non vi è una organizzazione sanitaria regionale e provinciale tale da veicolare interventi chirurgici mini-invasivi e a bassa complessità presso specifiche strutture ospedaliere "Spoke". Ciò si traduce in un elevato numero di accessi chirurgici presso la stessa UOC di Ginecologia e Ostetricia anche per patologie chirurgiche a bassa complessità e gestibili ambulatorialmente o in regime di day-surgery.

Infine, in data 22-01-2017, è stato approvato il percorso operativo del GOM atto alla gestione iniziale del paziente con patologia chirurgica ginecologica e ostetrica e delle liste d'attesa chirurgiche (per ricoveri in regime ordinario, day-surgery e ambulatoriale) in un'ottica di trasparenza, coerenza, equità e adeguatezza.

## 2. Obiettivi

Con il presente documento ci si propone di affrontare il corretto management del paziente chirurgico individuando destinatari, ruoli e competenze.

In particolare, il presente documento è stato prodotto allo scopo di:

1. definire, diffondere e rendere accessibili e trasparenti al personale medico, infermieristico e ostetrico intra- e inter-aziendale le procedure standard di *management* pre-, peri- e postoperatorio delle pazienti sottoposte a interventi chirurgici effettuati presso la UOC di Ginecologia e Ostetricia del GOM di Reggio Calabria;
2. garantire criteri standardizzati di equità nel *management* chirurgico delle pazienti a tutela dei loro stessi diritti;
3. ottimizzare il *management* delle pazienti seguendo protocolli validati a livello internazionale e nazionale;
4. ridurre le complicanze chirurgiche in ginecologia e ostetricia;
5. ridurre la degenza media per paziente ottimizzando i tempi di degenza in base alle reali necessità di ogni singola paziente.

## 3. Campo di applicazione e destinatari

Tale documento avrà come campo di applicazione la UOC di Ginecologia e Ostetricia del GOM di Reggio Calabria e dovrà essere sempre applicata per tutte le pazienti che effettuano procedure chirurgiche presso in regime ordinario, di day-surgery e ambulatoriale.

I destinatari di tale documento saranno non solo il personale medico, infermieristico e ostetrico della UOC di Ginecologia e Ostetricia, ma anche quello afferente alla stessa UOC come consulenti (anestesista, cardiologo, radiologo, etc.) o il personale del Blocco operatorio Unico del GOM.

A tal fine verranno organizzati incontri informativi di condivisione e ottimizzazione della presente procedura.

#### **4. Gestione in fase di pre-ricovero**

Come già evidenziato nel punto 1 del presente documento, si è già provveduto a produrre un percorso operativo atto alla gestione iniziale del paziente con patologia chirurgica ginecologica e ostetrica e delle liste d'attesa chirurgiche per ricoveri in regime ordinario, day-surgery e ambulatoriale.

In base a tale procedura operativa, le pazienti incluse in lista d'attesa verranno contattate e avranno due accessi differenti:

- accesso in regime di ricovero ordinario (percorso A),
- accesso in regime di ricovero giornaliero (day-surgery) o ambulatoriale (percorso B1 e B2, rispettivamente).

Le seguenti caratteristiche vengono considerate criteri elettivi e differenziali per un percorso di tipo A:

- presenza di patologia medica concomitante moderata-severa (cardiovascolare, metabolica, ematologica, etc.) che necessita approfondimento diagnostico e/o consulenze specialistiche (o anche ASA III-IV della “Scheda unica di pre-ospedalizzazione e d’inserimento nelle liste d’attesa chirurgiche” – Allegato 1),
- intervento chirurgico che necessita una anestesia generale,
- intervento chirurgico di durata oltre i 30 minuti,
- tutti gli interventi in laparotomia e laparoscopia,
- tutta la chirurgia maggiore per via vaginale.

Le seguenti caratteristiche vengono considerate criteri elettivi e differenziali per un percorso di tipo B1:

- presenza di patologia medica concomitante lieve controllata con terapia in possesso del paziente non necessitante alcun approfondimento diagnostico e/o consulenze specialistiche (ASA I-II della “Scheda unica di pre-ospedalizzazione e d’inserimento nelle liste d’attesa chirurgiche” – Allegato 1),
- intervento chirurgico che non necessita anestesia o che necessita anestesia loco-regionale, locale o locale assistita,

- intervento chirurgico di durata inferiore ai 30 minuti,
- tutti gli interventi isteroscopici,
- tutta la chirurgia vaginale minore.

Le seguenti caratteristiche vengono considerate criteri elettivi e differenziali per un percorso di tipo B2:

- assenza di patologia medica concomitante (o anche ASA I-II della “Scheda unica di pre-ospedalizzazione e d’inserimento nelle liste d’attesa chirurgiche” – Allegato 1),
- intervento chirurgico che non necessita anestesia o necessita anestesia locale,
- intervento chirurgico di durata inferiore ai 15 minuti.

### Percorso A

Le pazienti contattate telefonicamente e che avranno dato il proprio consenso verbale al ricovero ordinario per intervento chirurgico si presenteranno alle ore 9:00 presso Ambulatorio dedicato di pre-ospedalizzazione (tenuto a frequenza settimanale) in presenza di un Dirigente Medio designato dal Direttore dell’UOC di Ginecologia e Ostetricia e di una unità infermieristica/ostetrica.

In corso di pre-ospedalizzazione si provvederà a:

- compilare la cartella clinica,
- allegare fotocopie di eventuali pregresse consulenze,
- effettuare visita ginecologica,
- effettuare ecografia pelvica (transvaginale e/o transaddominale),
- effettuare prelievo ematico con richiesta di profilo base, allargato o completo in relazione alle indicazioni mediche,
- dare indicazione circa la tipologia di intervento chirurgico da effettuare (con indicazione dell’approccio),
- effettuare *counselling* circa la patologia in atto, il trattamento proposto e le possibili alternative terapeutiche,
- consegnare alla paziente brochure informativa (circa i tempi e le modalità di ricovero, di degenza e di dimissione con consigli pratici e suggerimenti, inclusa la tricotomia domiciliare, il periodo di digiuno preoperatorio e le eventuali terapie da fare),
- effettuare (eventualmente) autotrasfusione se l’emocromo è permettente,

- programmare la visita anestesiologicala (solitamente entro i sette giorni successivi alla pre-ospedalizzazione),
- richiedere preventivamente consulenze specialistiche in caso di comorbidità in atto (cardiologica, diabetologica, ematologica, etc.), mentre le altre consulenze saranno integrate dopo visita anestesiologicala.

### Percorsi B1e B2

Le pazienti che accederanno al GOM per i percorsi B1 e B2, rispettivamente, per interventi chirurgici in day-hospital e ambulatoriali.

Si seguiranno generalmente le procedure della pre-ospedalizzazione per il Percorso A.

Per quanto riguarda il percorso B2, non verrà effettuata nella paziente a basso rischio il profilo di base e la successiva visita anestesiologicala.

### ***Precisazioni***

Riguardo il momento della pre-ospedalizzazione si fanno le seguenti precisazioni:

Le pazienti devono ricevere un *counselling* adeguato, sia in forma orale che scritta, riguardo la procedura chirurgica e la gestione peri-operatoria. Questa pratica, oltre che rappresentare un momento obbligatorio nella preparazione ad un intervento, si è dimostrata efficace nel migliorare le aspettative delle pazienti, nel ridurre la paura, la fatica, il dolore, l'ansia e nel favorire una più rapida ripresa fisica e dimissione ospedaliera.

Consigliare cessazione del fumo almeno 4 settimane prima dell'intervento per ridurre la morbilità postoperatoria soprattutto sul versante polmonare.

Consigliare cessazione consumo di alcolici almeno 4 settimane prima dell'intervento per ridurre la morbilità postoperatoria e per migliorare la funzione cardiovascolare, coagulativa, immunitaria e la risposta allo stress chirurgico.

Controllo esami preoperatori/cartella clinica la sera prima dell'intervento. Una particolare attenzione va rivolta ai livelli glicemici in quanto un numero considerevole di pazienti hanno valori non ben controllati prima dell'intervento; tale condizione comporta un aumento del rischio di complicanze intra- e postoperatorie, che diventano ancor più elevate nelle pazienti con diabete od intolleranza glucidica misconosciuta.

Se non già effettuata, richiesta sangue a disposizione (esame "INTRA-operatorio") in caso di valori di Hb pre-operatoria < 10g/dl. In ogni caso, l'anemia è associata ad un aumento del rischio di morbilità e mortalità nel periodo postoperatorio ed una volta che essa viene identificata dovrebbe essere corretta prima di sottoporre la paziente all'intervento. In caso di anemia non del tutto risolvibile prima

dell'intervento, la trasfusione di sacche pre-intervento non ha mostrato, tuttavia, benefici sugli *outcome* chirurgici e postoperatori

La preparazione intestinale non è raccomandata in nessun caso (compresi gli interventi di chirurgia oncologica con prevista resezione intestinale).

In caso di chirurgia non elettiva, nella paziente ginecologica non ostetrica l'assunzione di liquidi è permessa fino a 2 ore prima dell'intervento e l'assunzione di solidi fino a 6 ore prima. Nella paziente ostetrica si consiglia un digiuno dai solidi di almeno 8 ore. In caso di chirurgia elettiva, le pazienti dovranno essere a digiuno da solidi e semisolidi dalla mezzanotte del giorno precedente l'intervento chirurgico.

Segnalare nelle note la presenza di eventuali allergie (es. allergia al latte) e/o malattie infettive (es. HCV, HIV, etc).

In caso di allergie e/o di soggetto atopico in genere, si consiglia di attenersi alle note (pagina 7) della cartella anestesologica circa la premedicazione nel paziente allergico in elezione e in urgenza.

Evitare la somministrazione routinaria di sedativi in sede preoperatoria in quanto condizionante un rallentamento della ripresa postoperatoria. Sedativi a breve emivita possono essere considerati caso per caso se necessario.

Sospendere terapia ormonale sostitutiva orale della menopausa 4 settimane prima dell'intervento.

Qualora la paziente non volesse sospendere tale terapia, essa andrebbe convertita alla via di somministrazione transdermica o transvaginale. Nel caso in cui, al momento dell'intervento, si verifichi che la paziente ha continuato ad assumere la terapia ormonale sostitutiva per os, considerare l'esecuzione di profilassi tromboembolica, indipendentemente dallo score di Caprini (vedi Allegato 3).

Sospendere terapia contraccettiva ormonale combinata 4 settimane prima dell'intervento o perlomeno convertirla alla via di somministrazione transdermica o transvaginale. Se terapia orale continuata, o assunta fino a meno di 4 settimane prima dell'intervento, considerare l'esecuzione di profilassi tromboembolica, in base allo score di Caprini (vedi Allegato 3).

Controllo corretta compilazione e firma dei consensi informati (intervento/trasfusioni).

La profilassi antibiotica preoperatoria (vedi Allegato 2) è indicata in tutti i casi in cui si proceda a:

- Isterectomia.
- Interruzione volontaria di gravidanza.
- Controllo della pervietà tubarica.
- Procedure uroginecologiche.
- Laparotomia.
- Pazienti ad elevato rischio infettivo (diabetiche, immunodepresse etc.).

Nei casi in cui si proceda ad interventi a bassa invasività e con ridotto rischio di contaminazione (vaginale od intestinale) come isteroscopia, laparoscopia senza isterectomia la profilassi non è consigliata (Allegato 2).

## 5. Gestione pre-chirurgica

Le pazienti avranno una diversa gestione pre-chirurgica in base ai singoli percorsi predefiniti come dettagliato al punto 4 (“Gestione in fase di pre-ricovero”) del presente documento.

Tutte le pazienti programmate per ricovero ospedaliero ordinario per intervento chirurgico potranno ricoverarsi solo dopo aver completato la fase di pre-ospedalizzazione.

Il tempo intercorrente tra la pre-ospedalizzazione e il ricovero non dovrà essere maggiore alle 3 settimane.

Il ricovero avverrà solitamente il giorno stesso dell’intervento chirurgico. Sarà ammesso il ricovero ordinario uno o più giorni precedenti alla data dell’intervento chirurgico solo in casi motivati dopo autorizzazione del Direttore dell’UOC di Ginecologia e Ostetricia.

Il Medico di Reparto sarà responsabile dei ricoveri ordinari e dovrà eseguire le seguenti istruzioni operative (in accordo alla delibera del Direttore Generale n. 118 del 26-02-2010 circa i requisiti della Cartella Clinica):

- recuperare la cartella di pre-ospedalizzazione che diventerà a tutti gli effetti cartella di ricovero ordinario,
- controllare che tutti gli esami diagnostici e di preparazione all’intervento chirurgico siano stati effettuati,
- controllare che la consulenza anestesiologicala sia stata effettuata con tutti gli eventuali esami richiesti,
- controllare eventuali note: quali eventuali allergie (es. allergia al lattice) o malattie infettive (es. HCV, HIV, etc) con comunicazione al personale infermieristico e alla sala operatoria se necessario,
- provvedere all’eventuale richiesta di crociatura del sangue e alla richiesta di emazie concentrate,
- prescrivere la profilassi antibiotica e per il tromboembolismo (Allegati 2 e 3).
- completare e firmare la Check-list di ricovero in Reparto (Allegato 4 – parte medica),

Il Medico di Reparto, in caso di mancata presentazione della paziente, avrà il compito di comunicarlo al Responsabile al fine di coordinare l’accesso di una paziente in sostituzione di quella assente.

Il Medico di Reparto avrà il compito di comunicare cambiamenti della nota operatoria al Blocco unico o a quello di Ginecologia e Ostetricia.

Il personale infermieristico è responsabile di:

- far accomodare la paziente in stanza chiedendo la preparazione per l'intervento,
- riportare la terapia in atto e/o prescritta dal Medico sul foglio di terapia della cartella clinica,
- somministrare la terapia prescritta dal Medico,
- controllare (o effettuare la tricotomia con soluzioni iodo iodurate) la tricotomia se effettuata a domicilio,
- consigliare la doccia alle pazienti prima dell'intervento impiegando sapone antisettico,
- far effettuare lavanda vaginale iodo-iodurata (per tutti gli interventi con apertura della vagina, manipolazione uterina e taglio cesareo),
- inserire catetere vescicale,
- incannulare una vena a permanenza (si consiglia un calibro 16G per eventuale trasfusione di emazie e/o preparati piastrinici),
- effettuare profilassi antibiotica (vedi Allegato 2),
- idratare il paziente (1500 cc di soluzione fisiologica) in fase pre-chirurgica (3 ore precedenti),
- completare e firmare la Check-list di ricovero in Reparto (Allegato 4 - parte infermieristica),
- completare la scheda infermieristica di uscita dal reparto per la sala operatoria (ovvero la "Check-out dal reparto" ovvero la "Checklist chirurgica pre-operatoria e di accettazione paziente al blocco operatorio" già in uso presso il GOM di Reggio Calabria, Allegato 5).

La paziente verrà prelevata da richiesta del/i Medico/i responsabili della procedura chirurgica in accordo con il coordinatore di sala operatoria.

E' cura del primo operatore in accordo con l'Anestesista di sala, la somministrazione di dosi aggiuntive di antibiotico (dopo 2-4 ore o in caso di intervento complicato, vedi Allegato 2) e/o di preparati trasfusionali.

La procedura operativa precedentemente descritta è inerente a pazienti che intraprendono un percorso di tipo A. Per le procedure di tipo B1 e 2 la gestione sarà esemplificata adeguata alle procedure chirurgiche effettuate.

Tutte le procedure effettuate, includendo sia i ricoveri ordinari sia quelli in day-surgery o ambulatoriali, devono essere registrati formalmente impiegando il programma telematico selezionando la sala operatoria dedicata nel blocco operatorio o quella di ginecologia/ostetricia.

In caso di escissione/asportazione di materiale biologico (istologico e/o citologico) è cura dell'operatore completare correttamente la richiesta relativa per l'Anatomia Patologica.

L'operatore a fine intervento chirurgico ha il compito di completare la descrizione della procedura chirurgica, di prescrivere in accordo con l'Anestesista di sala operatoria la terapia medica che la paziente

dovrà effettuare e di comunicare ai parenti l'esito e l'eventuale immediato possibile decorso postoperatorio.

L'operatore o un suo delegato dell'equipe a fine seduta operatoria ha il compito di dare le consegne circa le pazienti operate al Medico di Guardia o di Reparto.

## 6. Gestione del primo post-operatorio

La paziente da percorso A nel primo post-operatorio (6 ore dalla fine dell'intervento chirurgico) verrà gestita come segue:

- infusione di liquidi,
- terapia antalgica standard ottimizzata su richiesta (patient-controlled analgesia) del paziente al fine di garantire il minimo dolore postoperatorio,
- valutazione della diuresi (ogni 3 ore),
- rilevazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca (ogni 3 ore),
- esecuzione di emocromo di controllo (a 3 ore dall'intervento chirurgico),

L'infusione di liquidi consisterà nella somministrazione nelle 24 ore di 1000cc di soluzione fisiologica + 1000cc di polisalina + 500cc di glucosata 5%.

La terapia profilattica per la trombosi venosa profonda e il tromboembolismo in genere con eparine a basso peso molecolare inizieranno a 6 ore dalla fine della procedura chirurgica (Allegato 3). A tal proposito, nell'Allegato 3 è dettagliata la profilassi del tromboembolismo e la gestione del paziente chirurgico.

La terapia del dolore verrà gestita in condivisione con l'Anestesista di sala e seguendo le indicazioni fornite dall'Appendice 1 della cartella clinica anestesiologicala.

Il Medico di Guardia ha il compito di effettuare il giro visita delle pazienti operate la sera (ore 19:00-20:00) prima dello smonto al fine da ottimizzare le consegne al Medico subentrante.

Ogni alterazione dei parametri vitali dovrà essere immediatamente comunicata dall'Infermiere di Reparto al Medico di Guardia.

Ogni esame diagnostico aggiuntivo richiesto dal Medico nel post-operatorio deve essere visionato appena disponibile. Sarà compito dell'Infermiere controllare tale disponibilità e avvertire il Medico di Guardia o di Reparto.

Le ferite chirurgiche non vanno scoperte e medicate nelle prime 24 ore se non per valutare eventuali complicanze (ematomi, sanguinamenti, etc.).

Il personale infermieristico e medico devono considerarsi responsabili dell'accesso al reparto dei familiari e conoscenti delle pazienti ricoverate fuori orario visite (ore 13:30-15:30). E' concessa l'autorizzazione alla permanenza di un solo familiare a paziente ricoverata e solo nei primi due giorni di

post-operatorio. Ogni eccezione necessita autorizzazione scritta da parte del Direttore della Struttura Complessa.

## 7. Gestione del post-operatorio avanzato

La gestione del Reparto sarà affidata a una unica Equipe di Reparto in modo tale da ottimizzare la continuità assistenziale.

Il personale infermieristico dovrà effettuare il giro visite con somministrazione della terapia prima dello smonto alle ore 6:30.

Il Medico di Reparto dovrà effettuare il giro visite ogni mattina alle ore 8:30.

Il Medico durante il giro visite sarà supportato sempre da un Infermiere professionale.

Nel corso del giro visite il Medico di Reparto dovrà visitare a letto le pazienti, visionare e richiedere esami diagnostici (es. emocromo completo, ecografia, etc.), e aggiornare il diario clinico indicando la programmazione clinica successiva. In maniera congiunta anche l'Infermiere dovrà aggiornare il diario clinico infermieristico.

E' necessario riportare in diario clinico la giornata di postoperatorio, i dati biochimici rilevanti (emoglobina, globuli bianchi, etc.), la valutazione dei parametri vitali, le caratteristiche dell'alvo e della minzione/diuresi.

In caso di infezione precoce in pazienti che hanno o non hanno effettuato la profilassi antibiotica si rimanda alle "Linee guida per la terapia antibiotica empirica in chirurgia ginecologica e chirurgia specialistica" già attive e disponibili sul portale web (Prot. n. 649 del 6/6/2016).

Nel diario clinico infermieristico, andrebbe riportata la terapia effettuata, i bilanci dei liquidi includendo i drenaggi e la diuresi, i parametri vitali, il dolore postoperatorio in scala quantitativa, la mobilitazione, l'alimentazione, etc.

E' consigliabile:

- effettuare sempre una ripetizione dell'emocromo in seconda giornata di post-operatorio;
- rimuovere il catetere vescicale in I giornata ad esclusione di pazienti con complicanze vescicali, chirurgia ricostruttiva/funzionale del pavimento pelvico e degli interventi stadiativi oncologici;
- sospendere l'infusione di liquidi e l'alimentazione precoce (leggera) in I giornata per gli interventi laparoscopici e in II per quelli laparotomici. Tale suggerimento non include tutti gli interventi in cui vi sono procedure intestinali.

## 8. Dimissioni

### Percorso A

Si consiglia come guida clinica i seguenti *timing* di dimissione:

- laparoscopia per patologia annessiale: I giornata
- laparoscopia per isterectomia/ miomectomia: II giornata
- laparotomia per isterectomia/miomectomia: III giornata
- laparotomia per chirurgia oncologica: V giornata
- isterectomia vaginale: II giornata
- chirurgia del pavimento pelvico: III giornata

Tale timing potrà e dovrà essere modulato in rapporto alle condizioni cliniche del paziente.

In Allegato 8 sono indicati i criteri assoluti di non-dimissibilità delle pazienti.

Al termine del giro visite si procederà alla dimissione delle pazienti. Le dimissioni devono essere effettuate entro le 13:00.

Il Medico dei Reparto ha il compito di visitare la paziente, preparare la lettera di dimissione e chiudere la cartella clinica. Alla fine delle suddette procedure il Medico di Reparto dovrà compilare la “Check-in di dimissione” (Allegato 6).

La visita consisterà nell’esame obiettivo generale e specialistico. Tutte le suture chirurgiche dovranno essere visionate e medicate.

La lettera di dimissione dovrà includere i seguenti campi:

- nome e cognome della paziente,
- numero nosologico,
- data di ricovero e data di dimissione,
- tipologia della dimissione (ordinaria o volontaria),
- diagnosi di ingresso,
- trattamento effettuato,
- esame istologico (richiesto o meno),
- terapia domiciliare,
- controllo post-chirurgico,
- eventuali esami diagnostici da effettuare,

- firma del Medico di Reparto,
- numeri telefonici per contatti con il Reparto o con il Medico di Guardia.

La chiusura della cartella clinica consisterà nel completare possibilmente tutti i campi mancanti.

Al momento della dimissione il Medico di Reparto dovrà completare correttamente la scheda DRG.

Si sottolinea che le dimissioni volontarie non escludono quanto detto precedentemente riguardo la visita di dimissione, la lettera di dimissione e la compilazione del DRG. In tal caso la dimissione volontaria potrà e dovrà essere effettuata dal Medico di Guardia in qualsiasi momento della giornata.

### Percorso B1 e B2

Per quanto riguarda le pazienti operate in regime di day-surgery e ambulatoriale la gestione dovrà seguire le norme generali indicate per le pazienti operate in regime ordinario.

### 9. Gestione in fase di post-ricovero

Per tutte le pazienti operate si dovrà sempre indicare nella lettera di dimissione quando sarà necessario un controllo clinico.

La rimozione dei punti cutanei di sutura è generalmente indicata dopo 7 giorni. La paziente dovrà presentarsi con documento di identità e lettera di dimissione presso gli Ambulatori Divisionali i giorni lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 11:30 alle 12:30.

Per valutazioni post-chirurgiche più complesse (es. valutazione esami istologici) la paziente verrà visitata nell'ambito dell'Ambulatorio Chirurgico.

### 10. Note conclusive

Il Medico e l'Infermiere devono impiegare una calligrafia chiara e leggibile.

Sia il Medico sia l'Infermiere devono apporre la propria firma leggibile o propria sigla con timbro personale.

L'anamnesi e la prescrizione di esami diagnostici e della terapia è un atto medico non delegabile.

Tutte le complicanze rilevate devono essere segnalate e riportate dal Medico di Reparto in un registro apposito.

### 11. Controllo e monitoraggio

Il presente documento fornisce raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare il

personale sanitario a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. Le raccomandazioni contenute in questo documento, tuttavia, sono formulate per gruppi di pazienti teorici; quindi, la decisione di applicare una raccomandazione al singolo paziente deve essere presa dal medico combinando le conoscenze espresse dalle raccomandazioni di questa Linea Guida con il giudizio clinico. In quest'ottica il medico può doversi discostare dalle raccomandazioni fornite da una linea guida, tuttavia, allontanarsi in modo significativo dalle raccomandazioni dovrebbe essere documentato e giustificato nella cartella clinica.

Nonostante tale premessa, si controllerà la fattibilità della presente procedura e la sua efficacia ogni 3 mesi di attività clinico-chirurgica.

La fattibilità della procedura verrà valutata come numero di pazienti operate in regime ordinario con dimissione prima dei tre giorni e/o in regime ambulatoriale/day-surgery con conversione in regime ordinario. L'aderenza alla procedura del personale dell'UOC di Ginecologia e Ostetricia del GOM di Reggio Calabria coinvolto verrà valutata in maniera random con criteri successivamente definiti.

L'efficacia della procedura verrà valutata dal tasso di trattamenti adottati in linea con il presente documento identificando come priorità:

- corretto *managment* della prevenzione della trombosi venosa profonda in chirurgia ginecologica con eparina a basso peso molecolare o altri presidi,
- corretto *managment* della prevenzione delle infezioni chirurgiche con antibiotico-profilassi,
- corretta compilazione di registro delle complicanze chirurgiche in ginecologia e ostetricia,
- riduzione della degenza media per paziente (stratificando per procedura chirurgica),

## 12. Bibliografia essenziale

Linee guida e percorsi assistenziali in ginecologia. Struttura Complessa di Ginecologia e Ostetricia A dell'Azienda Ospedaliera - Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi. 2017

Agno W et al. The incidence of venous thromboembolism following gynecologic laparoscopy: a multicenter, prospective cohort study. *J Thromb Haemost* 2006

American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *ACOG Practice Bulletin No. 84. Obstet Gynecol.* 2007;110(2 Pt 1):429-440.

Clarke-Pearson DL et al. Prevention of Venous Thromboembolic Events After Gynecologic Surgery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2012

Clarke-Pearson DL. Thromboprophylaxis for gynecologic surgery: why are we stuck in 1975? *Obstet Gynecol.* 2011;118(5):973-975.

Gould MK et al. Prevention of VTE in Nonorthopedic Surgical Patients; Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians; Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST, 2012

Linee-guida Regione Toscana 2015

NICE. Venous thromboembolism: reducing the risk for patients in hospital. 2015.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg92>

## 13. Allegati

Allegato 1 – Scheda unica di pre-ospedalizzazione e d'inserimento nelle liste d'attesa chirurgiche

Allegato 2 - Profilassi antibiotica. Schemi terapeutici di prima-linea in base alla tipologia di intervento chirurgico nel paziente non allergico e con allergia/pregresse reazioni avverse.

Allegato 3 - Profilassi del tromboembolismo. Schemi terapeutici in base alla stratificazione del rischio.

Allegato 4 – Scheda “Check-list di ricovero”

Allegato 5 - Scheda “Check-out dal reparto” ovvero “Checklist chirurgica pre-operatoria e di accettazione paziente al blocco operatorio” già in uso presso il GOM di Reggio Calabria.

Allegato 6 – Scheda “Check-out dalla sala operatoria”

Allegato 7 - Scheda “Check-in di dimissione”

Allegato 8 – Criteri assoluti di non-dimissibilità.