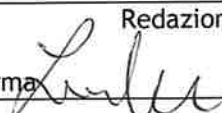


SOMMARIO

1. Introduzione
2. Selezione e provenienza delle pazienti
3. Ammissione
4. Diagnostica preoperatoria
5. Ricovero
6. Chirurgia
7. Dimissione
8. Follow up
9. Riferimenti

Redazione Firma  data 15/10/25	Verifica Firma  data 17/10/25	Approvazione Firma  data 20/10/25
--	---	---

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Selezione e provenienza delle pazienti
3. Ammissione
4. Diagnostica preoperatoria
5. Ricovero
6. Chirurgia
7. Dimissione
8. Follow up
9. Riferimenti

Gruppo di lavoro		
Nominativo	Struttura	Firma
Dott. Flavio Boraso	Direttore Sanitario	
Dott. Morelli		
Dott.ssa		

Redazione	Verifica	Approvazione
Firma data	Firma data	Firma data

1. INTRODUZIONE

L'isterectomia è una delle più frequenti procedure chirurgiche in ginecologia.

La patologia che richiede questo tipo di chirurgia può essere di natura benigna (metrorragie disfunzionali, leiomiomi, endometriosi, alterazione della statica pelvica, masse annessiali benigne, dolore pelvico cronico), di natura neoplastica pre invasiva (iperplasia endometriale, CIN, Ca in situ) oppure di natura neoplastica invasiva (Ca endometriale, Ca cervicale, Ca ovarico o degli annessi).

L'approccio chirurgico per l'esecuzione dell'isterectomia dipende dal tipo di patologia, dalle condizioni cliniche della paziente e dalle sue caratteristiche fisiche. Le opzioni prevedono:

- isterectomia vaginale;
- isterectomia vaginale laparoassistita (LAVH);
- isterectomia sopracervicale laparoscopica (LSH);
- isterectomia totalmente laparoscopica (TLH);
- isterectomia addominale (subtotale, totale o radicale).

Nel nostro reparto vengono eseguite in maggior parte isterectomie addominali, vaginali o vaginali laparoassistite.

2. SELEZIONE E PROVENIENZA DELLE PAZIENTI

- le pazienti provengono da studi privati o dall'ambulatorio della Clinica dove attraverso accurate visite svolte da specialisti vengono raccolte informazioni cliniche e diagnostiche atte a produrre le diagnosi e a determinare l'idoneità della paziente al trattamento chirurgico
- esecuzione di citologico cervicale, ecografia pelvica addominale e/o transvaginale, esami ematochimici, markers tumorali (ove necessari)
- inserimento, attraverso il personale addetto, nelle liste di attesa chirurgica ginecologica

3. AMMISSIONE

- avviso per chiamata telefonica da parte del personale addetto alle prenotazioni
- conferma del giorno del ricovero

- conferma del giorno di esecuzione delle indagini preliminari preoperatorie (almeno 8 giorni prima della data del ricovero)

4. DIAGNOSTICA PREOPERATORIA

- Esecuzione degli esami preoperatori (vedi allegato 1)
- Presa visione degli esami dopo 3 giorni e determinazione dell'idoneità al trattamento chirurgico
- Esecuzione di eventuali consulenze specialistiche qualora si rendano necessarie

5. RICOVERO

- Registrazione presso gli uffici amministrativi della Clinica
- Accoglimento in reparto:

Da parte del personale infermieristico:

assegnazione della camera di degenza, istruzioni relative alla degenza, compilazione dei carteggi infermieristici.

Da parte del medico chirurgo ginecologo:

compilazione della cartella clinica con allegati gli accertamenti clinici eseguiti nell'iter preoperatorio o precedentemente; informazione della paziente circa la patologia e le sue cure e le tecniche chirurgiche; presa visione del modulo del consenso informato per l'intervento chirurgico e firma per accettazione sia della paziente che del medico.

Da parte del medico anestesista:

presa visione del questionario di anestesia compilato e firmato dalla paziente e controfirmato dal medico anestesista; valutazione del rischio operatorio; intervento informativo sul tipo di anestesia idonea al trattamento chirurgico; lettura e presa visione del modulo di consenso informato per rischio anestesilogico e firma per accettazione della paziente e del medico anestesista.

6. CHIRURGIA

Preparazione pre-intervento il giorno precedente.

Intervento chirurgico.

Fase post operatoria: controllo quotidiano della ripresa fisica e psichica della paziente; valutazione dei parametri vitali e fisiologici; esecuzione di eventuali accertamenti

ematologici; prescrizione e somministrazione di trattamenti farmacologici; mobilitazione attiva della paziente.

7. DIMISSIONE

La dimissione viene stabilita dal ginecologo che ha effettuato l'intervento o da altro medico chirurgo da lui delegato in collaborazione con l'anestesista ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale
- confermata stabilità cardiocircolatoria
- confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree ed assenza di problemi respiratori
- ripristino della minzione spontanea
- assenza di sanguinamento
- minima sensazione di dolore e nausea compatibili con una gestione domiciliare
- confermata capacità deambulatoria
- confermata capacità di assunzione di liquidi
- controllo e medicazione della ferita con talvolta rimozione dei punti di sutura cutanei
- confermata presenza di un accompagnatore
- assenza di disagio psico-emotivo

Alla paziente alla dimissione oltre alla scheda informativa sarà consegnata una relazione destinata al medico curante composta dai seguenti elementi:

- copia della descrizione dell'intervento chirurgico
- copia degli esami eseguiti nella fase preoperatoria e durante il ricovero
- descrizione del post operatorio
- descrizione della terapia effettuata durante il ricovero
- indicazione dei trattamenti farmacologici consigliati durante la convalescenza
- indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione compreso il recapito telefonico
- indicazione della prima visita di controllo ed eventuale rimozione punti di sutura
- indicazione della data di consegna del referto istologico

8. FOLLOW UP

La paziente viene invitata a prenotare una visita di controllo dopo circa 30 giorni dal giorno dell'intervento chirurgico. La visita verrà effettuata previa prenotazione presso l'ambulatorio della Casa di Cura o presso lo studio medico privato da cui proveniva.

In questa circostanza vengono effettuate:

- visita ginecologica
- eventuale ecografia pelvica addominale o transvaginale
- prescrizione di esami di controllo
- prescrizione di terapia medica ove è necessaria
- indicazione della data presunta per un controllo a medio o lungo termine per la prevenzione della patologia per cui è stata sottoposta ad intervento chirurgico
- indicazione per eventuale terapia fisica di supporto.

9. RIFERIMENTI

- a) *Linee guida A.O.G.O.I. per procedure chirurgiche in ginecologia*
- b) *Statistics Canada, Surgical procedures and treatments 1992-1993; 82-217:32-33.*
- c) *Bachman GA. Hysterectomy: a critical review. J Reprod Med 1990;35(9):839-62.*
- d) *Lee N, Dicker R, Rubin G, Ory H. Confirmation of the pre-operative diagnosis for hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1984; 150:283-7.*
- e) *Vilos GA, Lefebvre G, Graves GR. Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding. J Obstet Gynaecol Can 2001;23(8):704-9.*
- f) *Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy absolute and relative differences between pre- and post-operative measures. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:46-51.*
- g) *Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. The Maine women's health study: I. Outcomes of hysterectomy. Obstet Gynecol 1994;83(4):556-65.*
- h) *Schofield M, Bennett A, Redman S, Walters WAW, Sanson-Fisher R. Self-reported long-term outcomes of hysterectomy. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98(11): 1129-36.*
- i) *Weber AM, Walters MD, Schover LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1999;181(3):530-5. Naughton MJ, McBee WL. Health-related quality of life after hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 1997;40(4):947-57.*