

**Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia**

**PROCEDURA OPERATIVA**  
**TAGLIO CESAREO DI ELEZIONE**

<b>REDATTO</b>	<p>Gruppo di Lavoro multidisciplinare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prof. Michele Morelli</li> <li>2. Infermiere Dott.ssa Caterina De Luca</li> <li>3. Dirigente Medico Ginecologo Dott.ssa Mocciaro Rita</li> <li>4. Ostetrica Dott.ssa Mazzulla Rosanna</li> <li>5. Dirigente Medico Ginecologo Dott. Clemente Sicilia</li> </ol>
----------------	--

<b>GRIGLIA DI APPROVAZIONE</b>			
Direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia Dott. Michele Morelli (Matr. 100867)	Direttore Dipartimento Materno Infantile Dott. G. Scarpelli (Matricola 16780)	Direttore Rischio Clinico 	Rev 0- 08/2019

## **INDICE**

Introduzione

Oggetto

Scopo della Procedura

Campo di Applicazione

Matrice di Responsabilità

Procedura prima dell'Intervento

Procedura il giorno dell'Intervento

Procedura dopo l'Intervento

All.to n.1 protocollo trasfusionale

All.to n.2: check List pre ricovero

All.to n.3: lista nascita

Bibliografia

<b>DIFFUSIONE</b>	CPS Ostetriche CPS Infermieri OSS Medici di Ostetricia e Ginecologia Medici Anestesisti
-------------------	---

## Introduzione

In riferimento alle ultime Linee Guida Nazionali dell'I.S.S. pubblicate nel gennaio 2012 "Un taglio cesareo può essere programmato quando si conoscono anticipatamente condizioni materne o fetali che renderebbero il parto impossibile o comunque pericoloso."

Il "Parto elettivo" è definito come un parto pianificato che viene espletato in assenza di almeno una delle indicazioni accettate e fa riferimento sia al parto vaginale indotto che al taglio cesareo espletati prima delle 39 settimane di gestazione. È stato dimostrato che questa pratica è associata ad una significativa morbidità neonatale a breve e lungo termine e tassi aumentati di primo parto cesareo.

## Oggetto

Protocollo per la gestione della gestante da sottoporre a taglio cesareo di elezione

L'obiettivo è fornire delle indicazioni di buona pratica clinica per pianificare in modo appropriato il percorso clinico-assistenziale in caso di taglio cesareo [TC], in particolare nelle donne che hanno maggior rischio di complicanze.

## Scopo del protocollo

Definire una procedura per guidare, facilitare ed uniformare le azioni e i comportamenti degli operatori sanitari nell'accoglimento e preparazione della gestante nella fase pre operatoria e post operatoria del taglio cesareo di elezione.

## Indicazioni

Il RCOG nell'ambito del "The National Sentinel Caesarean Section Audit Report" definisce una lista di TC potenzialmente complicati sia effettuati:

- in elezione
- che urgenti

Le indicazioni cliniche che rendono possibile la procedura operativa del taglio cesareo programmato sono :

1. presentazione podalica (In caso di gravidanza a termine con feto singolo in presentazione podalica è opportuno offrire un taglio cesareo programmato perché l'intervento diminuisce la mortalità perinatale/neonatale e la morbosità neonatale grave rispetto al parto vaginale. In caso di taglio cesareo programmato, questo non deve essere effettuato prima delle 39+0 settimane di età gestazionale.)
2. Pregresso taglio cesareo o pregressa miomectomia Il pregresso parto tramite taglio cesareo espletato mediante incisione verticale che interessa la porzione muscolare del corpo uterino interessa il 9% dei cesarei iterativi e lo 0.3%-0.4% di tutte le gravidanze con un rischio di rottura d'utero nelle gravidanze successive che varia dall'1% al 12% (15, 16). Allo stesso modo la miomectomia può interessare la porzione muscolare del miometrio in tal caso è raccomandato l'espletamento del parto mediante taglio cesareo. È stato dimostrato che il rischio di rottura d'utero è 0.49-0.7% dopo miomectomia laparoscopica e 1.7% dopo miomectomia laparotomica (15, 16). La rottura d'utero determina emorragia materna e

shock ipovolemico, grave sofferenza fetale e nei casi più gravi morte fetale. È importante sottolineare che la pregressa chirurgia uterina con interessamento della porzione muscolare dell'utero espone a rischio di rottura d'utero prima del travaglio. Pertanto il cesareo ripetuto dovrebbe essere espletato tra la 36-37 settimana di gestazione nelle pazienti sottoposte a pregresso cesareo classico e tra la 37-38 settimana di gestazione per le pazienti sottoposte a miomectomia

3. Gravidanza multipla: Nella gravidanza multifetale, l'epoca gestazionale media al parto, a causa dell'elevata incidenza di prematurità, è significativamente inferiore rispetto a quella della gravidanza singola. Circa il 60% delle gravidanze multiple partorisce prima della 37a settimana e l'11% prima della 32a settimana (7). Nelle gravidanze gemellari non complicate l'espletamento del parto deve essere considerato dalla 36+0 settimana alla 37+0 settimana nelle monocoriali biamniotiche e a 38+0 settimane nelle bicoriali biamniotiche (8); al contrario, il proseguimento oltre la 38+0 settimana aumenta il rischio di morte fetale. 1,2 Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate, il parto può essere espletato dalla 32+0 alla 34+0 settimana. 2 Nelle gravidanze trigemine, il 75% esita in un parto pretermine spontaneo prima della 35+0 settimana; il proseguimento della gravidanza oltre la 36+0 settimana, aumenta il rischio di morte fetale. Pertanto nelle gravidanze trigemine è raccomandato il parto a partire dalla 34+0 settimana.
4. Anomalie dell'inserzione placentare (aumentato rischio di parto prematuro iatrogeno, di emorragia intra-partum con necessità di trasfusione. In caso di placenta previa centrale (totale o parziale) o di placenta previa marginale (meno di 2 cm dall'orifizio uterino interno e in presenza di placenta spessa
5. Placenta accreta: aumentato rischio di parto pretermine e grave morbilità materna. Assicurare una valutazione / gestione multidisciplinare ed accurato timing del parto [35-37 settimane] da effettuare presso punti nascita [PN] di II livello
6. Malformazioni congenite fetali Tra il 2% e il 3% delle gravidanze sono complicate da anomalie fetali. I rischi di complicazione materna o fetale sono specifici per ogni anomalia. In un numero limitato di casi selezionati, i vantaggi di un parto prima della 39 settimana so quello di ridurre rischio di morte fetale relativo all'anomalia, pianificare il parto in un ambiente controllato con disponibilità di specialisti per la gestione della specifica malformazione
7. Pre-eclampsia, eclampsia, ipertensione gestazionale, o ipertensione cronica complicata. Per le pazienti con ipertensione gestazionale moderata o preeclampsia senza caratteristiche di severità dalla 37 settimana è indicato l'espletamento del parto (Qualità evidenza moderata). Per le pazienti con preeclampsia severa a 34 settimane di gestazione o oltre, e in quelle con condizioni materne o fetali instabili indipendentemente dall'epoca gestazionale, è raccomandato l'espletamento del parto non appena possibile (Livello di evidenza Moderata; Fortemente raccomandato). Per le pazienti affette da HELLP syndrome dalla 34 settimana di gestazione il parto deve essere programmato subito dopo la stabilizzazione materna (Livello di evidenza Alta); mentre fino a 33 settimane e 6 giorni di gestazione il parto può essere posticipato di 24-48 per completare la profilassi con il cortisone, se le condizioni materne e fetali rimangono stabili (Livello di evidenza Basso)
1. Diabete pregestazionale e gestazionale scarsamente controllato: Il diabete pregestazionale è associato ad un aumento di mortalità perinatale, macrosomia fetale, distocia di spalla, un aumento del rischio di polidramnios, ipoglicemia ed ipocalcemia neonatali, cardiomiopatia ipertrofica e sindrome da distress respiratorio neonatale. Mentre, il diabete gestazionale è associato ad un moderato aumento del rischio di macrosomia, preeclampsia e taglio cesareo. Secondo l'ACOG le gravide con diabete pregestazionale ben compensato l'induzione de travaglio di parto è indicata a partire dalle 39 settimane di amenorrea ed entro la data presunta del parto (40 settimane), mentre nel caso di un GDM ben controllato non è

raccomandata l'induzione del travaglio di parto prima del termine della gravidanza. Infine la stessa organizzazione raccomanda il taglio cesareo elettivo nelle gravidanze con diabete gestazionale o pregestazionale e con un peso fetale presunto >4500g .

2. Obesità materna
3. Alloimmunizzazione di gravidanza con conosciuti o sospetti effetti fetali Secondo quanto riportato dal RCOG (13), se gli anticorpi si sono mantenuti stabili durante la gravidanza il parto dovrebbe essere espletato tra la 37 e 38 settimana di gestazione. Se non è stato necessario eseguire trasfusione intrauterina ma i livelli di anticorpi sono in salita è necessario espletare il parto prima della 37 settimana. Se è stata eseguita la trasfusione intrauterina il timing del parto dovrà essere stabilito in relazione al grado di anemia del feto.
4. Colestasi gravidica: La colestasi gravidica è stata diagnosticata nello 0.5% delle gravidanze ed in tali casi è stato osservato un aumento dell'incidenza di diabete gestazionale (aOR 2.81, 95% CI 2.32–3.41), preeclampsia (aOR 2.62, 95% CI 2.32–2.78) e parto pretermine moderato, da 32+0 a 36+6 settimane di gestazione (aOR 3.30, 95% CI 3.00–3.63). La mortalità perinatale non è risultata aumentata nei casi di colestasi gravidica rispetto alla popolazione generale (aOR 0.92, 95% CI 0.52–1.62)
5. Rottura prematura delle membrane: La rottura prematura delle membrane è associata a rischio infettivo materno e fetale, potenziale rischio di patologia del funicolo (prolasso e compressione) e distacco di placenta. Il TERMPROM Study (11), condotto su 5041 donne con rottura delle membrane >37 settimane ha paragonato in quattro diversi gruppi di randomizzazione (induzione con ossitocina, attesa/induzione con ossitocina; induzione con prostaglandine, attesa/induzione con prostaglandine) il rischio di infezione neonatale e il ricorso al taglio cesareo. Le differenze tra i gruppi non sono risultate significative per i principali esiti oggetto dello studio: infezioni neonatali e ricorso al taglio cesareo. Nel gruppo induzione con ossitocina si è registrata la riduzione del rischio di infezioni materne, con minor numero di esplorazioni vaginali, minore esposizione ad antibiotici durante il travaglio, minore rischio di febbre nel post partum rispetto agli altri gruppi. Il RCOG raccomanda l'atteggiamento di attesa per circa 24 ore (nel 60% delle pazienti il travaglio insorge entro le 24 ore) e successiva induzione in caso di tampone vaginale e rettale negativo per lo Streptococco Agalactiae.
6. Restrizione di crescita fetale: I feti con FGR hanno un aumentato rischio di morte endouterina, mortalità e morbilità neonatali. Le cause della FGR possono essere varie da quelle materne (disordini ipertensivi, malattie autoimmuni, ecc) a quelle fetali (genetiche, malformative, ecc) a quelle placentari da insufficiente perfusione placentare (insufficienza placentare) ed è in particolare in quest'ultimo caso che emerge la necessità di anticipare i tempi del parto. Per quanto riguarda il timing del parto, le linee guida RCOG 2013 raccomandano nei casi di restrizione di crescita prima delle 32 settimane con AREDV in arteria ombelicale l'espletamento del parto prima delle 32 settimane. Nei casi di SGA identificati dopo la 32a settimana di gestazione con alterato Doppler dell'arteria ombelicale il parto dovrebbe essere offerto entro la 37<sup>a</sup> settimana od a 37 settimane con Doppler dell'arteria ombelicale normale.Infezioni:
7. HIV e HCV non in terapia : Il taglio cesareo programmato non è raccomandato alle donne in gravidanza affette da epatite C in quanto non riduce il rischio di trasmissione del virus dalla madre al neonato. Il taglio cesareo programmato è raccomandato in caso di coinfezione da HIV e HCV in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica >50 copie/ml, in quanto l'intervento riduce la trasmissione verticale da madre a neonato. Le

donne in gravidanza con coinfezione HIV/HCV, in terapia HAART e con carica virale HIV plasmatica

8. HIV : Un taglio cesareo programmato a 38+0 settimane per prevenire il travaglio e/o la rottura delle membrane è raccomandato in caso di:
- terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica maggiore di 50 copie/ml
  - monoterapia con ZDV quale alternativa alla terapia antiretrovirale altamente attiva
  - coinfezione da HIV ed epatite C in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica maggiore di 50 copie/ml. Un travaglio di parto può essere offerto alle donne in terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica

Le donne in gravidanza con epatite B non devono essere sottoposte di routine a un taglio cesareo programmato in quanto non sono disponibili prove conclusive a sostegno della sua efficacia nel ridurre la trasmissione di epatite B dalla madre al neonato.

9. Altre indicazioni non ostetriche previa valutazione del Ginecologo Responsabile sulla base della certificazione dello specialista competente.

#### **Operatori coinvolti:**

Medici, Infermieri, Ostetriche e Personale di Supporto della UOC.

#### **Campo di applicazione:**

Il presente protocollo si applica alle Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia

#### **Matrice delle Responsabilità:**

R = responsabile; C = coinvolto

DESCRIZIONE ATTIVITA'	GINECOLOGO	ANESTESISTA	OSTETRICA	INFERMIERI	OSS
Accettazione della gestante	R		R	R	
Anamnesi ed esame obiettivo	R	R			
Anamnesi Ostetrica			R		
Raccolta dati			R	R	
Igiene personale			R	R	R
Consenso informato	R	R			

**DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'**

## Prenotazione Taglio Cesareo

<b>Giorno Prenotazione Cesarei</b>	Lunedì dalle 10:00 alle 12:00	<b>L'indicazione al taglio cesareo deve essere posta dal Dirigente Medico Responsabile Ostetricia</b>
<b>Munite di:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impegnativa fornita dal medico di base riportando "Ricovero per intervento di Taglio Cesareo" e relativo inserimento della paziente nella lista CUPT →PRENOTAZIONE →PAZIENTI IN LISTA</li> <li>• Consegna check list per ricovero (allegato2)</li> <li>• Consegna lista nascita (allegato 3)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esami ematici (Valutazione protocollo Trasfusionale allegato 1) se emoglobina inferiore a 12 gr/dl inviare la paziente al centro per eventuale terapia</li> </ul>	
<b>Valutazione Dirigente Medico Ginecologo e programmazione della PREOSPEDALIZZAZIONE del cesareo in base ai requisiti prima elencati.</b>		

<b>PREOSPEDALIZZAZIONE</b>		
La preospedalizzazione dovrà essere effettuata entro 10-15 giorni prima del taglio cesareo tramite prenotazione		
Prevede:		
<b>1. Valutazione tramite Visita Ostetrica ed Ecografia</b>	<b>2. Compilazione cartella clinica completa di valutazione del Rischio Trombo-embolico</b>	<b>3. Visita Anestesiologica</b>

## PROCEDURA DI PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

<b>PREOSPEDALIZZAZIONE</b>	
Triage accettazione ostetrica	Effettua anamnesi, visita ginecologica e rilevazione BCF, controlla esami ematochimici e strumentali ed effettua i prelievi e il gruppo Rh, rileva parametri vitali, compila cartella clinica, esegue prelievi ematici e compila scheda del rischio tromboembolico. Compila scheda MEOWS
Dirigente Medico Ginecologo	In Reparto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informa la gestante riguardo all'atto operatorio</li> <li>• Consegna e fa firmare il consenso informato</li> <li>• Compila la richiesta per eventuale trasfusione di sangue o plasma</li> <li>• Prescrive un'eventuale terapia</li> </ul>
Dirigente Medico Anestesista	Si presenta e si qualifica Identifica la gestante Controlla la cartella clinica con i relativi esami e l'indicazione al T.C. Controlla la cartella anestesiologicala ed il consenso informato alla anestesia se già espresso in ambulatorio o in caso contrario raccoglie il consenso stesso dando tutte le indicazioni possibili Illustra e concorda la procedura anestesiologicala
<b>GIORNO PRIMA DELL'INTERVENTO</b>	
Infermiera Del Reparto	Accoglie la gestante. Alle gestanti straniere chiede la Tessera Sanitaria (nel caso di mancanza della tessera fa la fotocopia dei documenti, e avvisa tecnico amministrativo che si occupa di compilare il modello STP per gli extracomunitari o il modello ENI per i comunitari, come da procedura aziendale) Prende visione della cartella clinica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dati anagrafici</li> <li>• esami ematochimici, gruppo sanguigno e fattore RH, tamponi vaginali e loro data di esecuzione (non antecedente al mese)</li> <li>• eventuale screening degli esami per le infezioni virali (HbsAg, HCV, HIV) non antecedente a tre mesi</li> <li>• eventuali intolleranze ed allergie farmacologiche ed alimentari</li> </ul> Inserisce nella cartella informatizzata l'ora di arrivo della gestante in reparto Inserisce la dieta prescritta dal medico Assegna il posto letto online Controlla eventuale terapia da somministrare e la somministra Consegna alla gestante il modulo per il consenso sulla privacy e lo acquisisce Fornisce alla gestante informazioni riguardante la preparazione all'intervento e le norme igieniche, le illustra, accertandosi del livello di comprensione. Indica alla gestante l'ubicazione dei servizi igienici dove dovrà la mattina dell'intervento eseguire una doccia preoperatoria, e raccomandandole di detergere accuratamente l'addome. Esegue il clistere la sera prima dell'intervento Avvisa la gestante di osservare il digiuno dalle ore 24.00 del giorno

	<p>prima dell'intervento</p> <p>Consegna alla donna camice e copricapo da indossare la mattina dell'intervento dopo la doccia</p> <p>Prende visione e verifica il programma operatorio</p>
Ostetrica	<p>Si presenta alla gestante e si qualifica</p> <p>Rileva la presenza del BCF o effettua eventuale CTG prescritto dal ginecologo</p> <p>Esponde alla gestante le procedure assistenziali</p> <p>Consulta la cartella clinica della donna per conoscere la storia ed in particolare l'anamnesi ginecologica ed ostetrica</p> <p>Verifica che all'interno della cartella clinica siano presenti l'indicazione al taglio cesareo, il consenso informato all'intervento, la visita anestesiologicala, gli esami ematochimici, il gruppo sanguigno, esami strumentali, eventuali consulenze di specialisti, richieste sangue o plasma ove necessario, ECG</p> <p>Compila o completa scheda MEOWS</p>

## IL GIORNO DELL'INTERVENTO PRE-OPERATORIO

Dirigente Medico Ginecologo operatore	Verifica la completa e corretta stesura della cartella clinica
Dirigente Medico Anestesista	Controlla la pre-idratazione: soprattutto se è prevista una anestesia loco-regionale Prescrive profilassi antibiotica ( secondo protocollo) Controlla la profilassi desensibilizzante, in caso di allergie Controlla le richieste sangue (laddove necessario) Controlla, rileva e segnala l'eventuale utilizzo di anticoagulanti o EBPM da parte della gestante
Ostetrica	Rileva il BCF e lo trascrive in cartella con data, ora e firma Controlla che vi sia un accesso venoso e sia pervio Controlla che la gestante abbia preparato il primo cambio del neonato Espleta le procedure amministrative ( certificati di nascita e CEDAP ) Compila la richiesta per il gruppo del neonato e prepara la provetta Scriva sul braccialetto di identificazione madre-figlio il nome e cognome della madre Collabora con l'equipe sanitaria per quanto di sua competenza Accompagna la gestante in C.O. sostenendola emotivamente
Infermiera Del reparto	La mattina dell'intervento esegue tricotomia parziale con rasoio elettrico e deterge la zona interessata Controlla l'avvenuta esecuzione della doccia preoperatoria da parte della gestante Prende un accesso venoso e posiziona l' ago cannula a destra calibro 20 Invita la gestante ad indossare un camice e copricapo Controlla che non siano presenti monili, protesi dentarie mobili, make-up, unghie , smaltate o ricostruite, lenti a contatto
Infermiera e Personale di Supporto	Prepara il letto post - operatorio Cambia le lenzuola Posiziona una traversa cerata Posiziona una traversa di tela Assorbenti igienici Predispone un sostegno per la terapia infusioneale

## IL GIORNO DELL'INTERVENTO POST-OPERATORIO

Dirigente Medico Ginecologo operatore	Valuta la gestante, la informa sull'andamento dell'intervento Valuta i parametri rilevati ed il bilancio idrico Prescrive eventuali esami diagnostici (prescrive emocromo di controllo da eseguire in 1° giornata secondo protocollo allegato ) Prescrive la terapia
Dirigente Medico Anestesista	Attua e prescrive in modo chiaro e comprensibile la terapia del dolore post-operatorio, specificando eventuali dosi accessorie qualora necessarie Indica in cartella quando rimuovere il catetere epidurale, se applicato
Infermiera Di reparto	Posiziona la gestante in decubito supino con indumenti personali Posiziona assorbenti e mutandine o pannolone Controlla la medicazione della ferita chirurgica Somministra la terapia analgesica ed altre terapie prescritte dal medico Rileva e registra in cartella informatizzata i parametri vitali (intensifica il controllo su prescrizione medica) Controlla il bilancio idrico e lo riporta in cartella Controlla la diuresi Controlla la glicemia alle donne diabetiche Prepara richieste e provette per eventuali esami ematici post operatori richiesti dall'anestesista o dal ginecologo Predisporre in agenda l'emocromo di controllo in 1° giornata Controlla qualora sia presente il corretto funzionamento del dispositivo rilasciante gli antidolorifici in modo costante In seguito(dopo 3-4 ore) Valuta la ripresa della sensibilità motoria degli arti inferiori Favorisce la mobilitazione a letto insegnando gli esercizi per gli arti inferiori e le modalità per cambiare posizione
OSS	Esegue igiene intima e cambio biancheria ( ogni qualvolta sia necessario)
Ostetrica	Controlla la tipologia delle lochiazioni ed il globo di sicurezza Sostiene il contatto pelle a pelle tra mamma e bambino, favorendo la prima poppata Consegna il certificato di assistenza al parto alla responsabile del centro nascita informandola sui tempi e le modalità di registrazione anagrafica del neonato Compila scheda Parametri Vitali Meows

**POST-INTERVENTO (I GIORNATA)**

Il Dirigente Medico Ginecologo	Aggiorna la terapia dopo valutazione clinica In presenza di madre RH negativa, controlla il gruppo del neonato, per eventuale immunoprofilassi Ig anti D previa firma del consenso in cartella alla somministrazione di emoderivati da parte della gestante Documenta in cartella clinica rilevazioni e prescrizioni
Ostetrica	Controlla le lochiazioni e l'involutione uterina Sostiene la puerpera nell'allattamento al seno Sollecita la mobilizzazione precoce della puerpera Compila scheda Parametri Vitali Meows
Infermiera	Rileva i parametri vitali Valuta la presenza del dolore e somministra eventuali antidolorifici prescritti dall'anestesista/medico di reparto Controlla la medicazione della ferita chirurgica Provvede all'igiene personale della puerpera non autosufficiente Promuove la mobilizzazione precoce della puerpera Controlla la sede di inserzione dell'ago cannula ed il suo funzionamento Somministra la terapia prescritta: terapia infusione nelle prime ventiquattro ore Verifica la ripresa della peristalsi intestinale Favorisce l'assunzione di acqua non gassata, the o camomilla Rimuove il catetere vescicale (se non ci sono indicazioni mediche contrarie) Controlla la minzione spontanea Rimuove il cateterino epidurale su indicazione dell'anestesista
OSS	Aiuta a mobilizzare la puerpera Offre alla puerpera assistenza alberghiera

**OPERAZIONI DOPO L'INTERVENTO (II GIORNATA)**

Il Dirigente Medico Ginecologo	Visita la puerpera Documenta in cartella clinica rilevazioni e prescrizioni
Ostetrica	Controlla la tipologia e la quantità delle lochiazioni e l'involutione uterina Verifica l'avvenuta montata lattea Insegna le posizioni corrette del neonato durante l'allattamento ed il corretto attacco al seno Sollecita la mamma ad assumere posizioni comode per favorire una corretta suzione Sollecita la registrazione del neonato alla Anagrafe o all'ufficio di stato civile aziendale Compila scheda Parametri Vitali Meows
Infermiera	Rileva i parametri vitali Controlla la medicazione chirurgica Favorisce la mobilizzazione Favorisce l'esecuzione dell'igiene intima e personale in autonomia Verifica la ripresa della peristalsi intestinale Nel tardo pomeriggio esegue clistere Somministra la terapia prescritta Dieta prevista: Colazione: thè e fette biscottate Pranzo: minestrina e frutta cotta Cena: primo e secondo leggero e frutta cotta
Oss	Favorisce il confort alberghiero della gestante

**OPERAZIONI DOPO L'INTERVENTO (III GIORNATA)**

Il Dirigente Medico Ginecologo	Visita la gestante per la dimissione Prescrive eventuale terapia medica Fornisce informazioni sulla visita di controllo ginecologica Controlla la ferita chirurgica Fornisce indicazioni ed istruzioni per la gestione del post-operatorio domiciliare Scriva la visita di dimissione sulla cartella
Infermiera	Esegue la medicazione della ferita chirurgica Rimuove eventuali aghi-canula Ricontrolla la cartella clinica
Ostetrica	Fornisce alla donna consigli sulla corretta igiene personale Fornisce consigli sull'alimentazione Incoraggia e sostiene la neo-mamma nel passaggio dall'ospedale al domicilio Insegna alla neo-mamma le prime cure al neonato Compila scheda Parametri Vitali Meows
OSS	Pulisce il comodino – tavolino - letto ed armadietto della gestante e ripristino della stanza

**ISTRUZIONE OPERATIVA PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM)GINECOLOGIA OSPEDALIERA**

Preospedalizzazione almeno 15 gg prima della data prevista per l'intervento in elezione.

Funzionale per la migliore strategia terapeutica da adottare

**Preospedalizzazione**

Richiedere esami: Emocromo, sideremia, ferritina, gruppo sanguigno e Test di CoombsIndiretto

Se Hb>12.0 g/dL con perdite presunte post- intervento < 2 g/dL

**Intervento senza  
richiesta sangue**

Se Hb<12.0 g/dL

**Richiedere Consulenza Trasfusionale per PBM e compilare modulo**

L'eventuale terapia farmacologica verrà somministrata c/o l' Ambulatorio Trasfusionale. Il paziente concorderà appuntamento (recapito telefonico 0984/681547). Le impegnative verranno rilasciate il giorno stesso e saranno regolarizzate dal paziente.

DOTT. FIANO

**INTERVENTO  
PROGRAMMATO**

In caso di urgenza di emocomponenti inviare modulo emodata web e provetta tappo azzurro c/o Centro Trasfusionale come da procedura già in uso. Richiedere una sacca per volta (onlyone) e rivalutare. La paziente trasfonderà eventualmente in regime di urgenza/emergenza con assegnazione Type& screen.

**DIMISSIONE PAZIENTE**

Se necessario contattare l'ambulatorio trasfusionale.  
per consulenza post-intervento per programmare  
eventuale terapia domiciliare.

**ALLEGATO1  
ALLEGATO2**

GENTILE SIGNORA \_\_\_\_\_ SIAMO LIETI DI FORNIRLE ALCUNE  
INFORMAZIONI UTILI PER IL PARTO PRESSO IL NOSTRO REPARTO DI OSTETRICIA:

IL TAGLIO CESAREO SARA' EFFETTUATO GIORNO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

LA PREOSPEDALIZZAZIONE SARA' EFFETTUATA GIORNO \_\_\_\_\_

RICOVERO GIORNO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ORE : 08:00



**PRESENTARSI AL PRONTO SOCCORSO GINECOLOGICO SITO AL 2° PIANO DOPO ESSERE PASSATI DAL PRONTO SOCCORSO GENERALE PER IL TRIAGE DA COVID E SENZA APRIRE SCHEDE DI PRONTO SOCCORSO.**

MUNITI DI :

**1. CAMPIONE URINE IN PROVETTA SOTTILE**

**2. DIGIUNO**

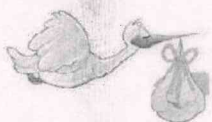
**3. E' CONSENTITO ESEGUIRE UNA SETTIMANA PRIMA DEL TAGLIO CESAREO UNA CERETTA DI PULIZIA. DURANTE LA SETTIMANA CHE PRECEDE IL RICOVERO E' VIETATO USARE RASOI O EFFETTUARE CERETTE PERCHE' IN CASO DI NECESSITA' VERRA' ESEGUITA LA TRICOTOMIA DAL PERSONALE DI REPARTO 1 ORA PRIMA DI ANDARE IN SALA OPERATORIA**

**4. PORTARE 3 FOTOCOPIE CARTA D'IDENTITA' E TESSERA SANITARIA DELLA MADRE E 2 FOTOCOPIE DELLA CARTA D'IDENTITA' E TESSERA SANITARIA DEL CONIUGE/COMPAGNO, IN CORSO DI VALIDITA', DI CUI 1 COPIA DA CONSEGNARE AL MOMENTO DEL RICOVERO AL PERSONALE INFERMIERISTICO;**

**5. CALZE ANTITROMBO A PUNTA APERTA DA 23 MMHG AUTOREGGENTI**

**6. PER LE PAZIENTI STRANIERE MUNIRSI DI CERTIFICAZIONE ASL ATTESTANTE ASSEGNAZIONE DEL MEDICO DI BASE E PASSAPORTO**

**7. CONCORDARE SE NECESSARIO APPUNTAMENTO (AL NUMERO 0984/681547) CON IL CENTRO TRASFUSIONALE QUALORA L'EMOGLOBINA SIA INFERIORE A 12 gr/dl**



DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO  
*Direttore Dr. Gianfranco Scarpelli*  
UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
*Direttore : Prof. M. Morelli*

#### LA VALIGIA DELLA MAMMA:

- Diario della gravidanza
- Tessera sanitaria
- 2 camicie da notte o pigiama ( per la degenza)
- 1 vestaglia
- Tena pants / assorbenti igienici
- Pantofole / ciabatte da doccia
- Asciugamani
- Reggiseno
- Beauty-case personale

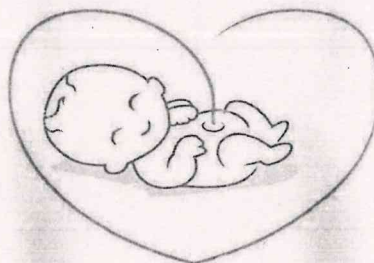


#### LA VALIGIA DEL NEONATO:

- 3 Body intimi
- 3 ghettine
- 3 paia di calzini
- 3 tutine
- 1 accappatoio
- Pannolini ( kg 3/6 o Kg 2/5 )
- Spugna/ detergente delicato

#### AL MOMENTO DELLA NASCITA:

- ❖ Nella 1° busta trasparente per il neonato:
  - 1 accappatoio/telo di lino o spugna
  - 1 body in lana o caldo cotone
  - 1 paio di calzini
  - 1 ghettona
  - 1 pannolino
  - 1 pettinino
  - 1 tutina
  - 1 cappellino
  - 1 copertina di lana o pile per avvolgere il neonato
- ❖ Nella 2° busta trasparente per la culla:
  - 1 completo di lenzuolini per la culla
  - 2 copertine/piumoncino
- ❖ Nella 3° busta trasparente per la mamma:
  - 2 assorbenti grandi/2 tena pants
  - 1 Camicia da notte o pigiama



NON SI CONSIGLIANO TETTARELLE O BIBERON

## Bibliografia

1. Main EK. New perinatal quality measures from the National Quality Forum, the Joint Commission and the Leapfrog Group. *Curr Op Obstet Gynecol* 2009;21:532-40.
2. Committee Opinion No. 561: Nonmedically Indicated Early-Term Deliveries. *Obstet Gynecol* 2013;121:911-5.
3. ACOG. Hypertension in pregnancy. 2013.
4. Zhang J, Troendle J, Meikle S, Klebanoff MA, Rayburn WF. Isolated oligohydramnios not associated with adverse perinatal outcomes. *BJOG*. 2004 Mar;111(3):220
5. Main EK. New perinatal quality measures from the National Quality Forum, the Joint Commission and the Leapfrog Group. *Curr Op Obstet Gynecol* 2009;21:532-40.
6. Committee Opinion No. 561: Nonmedically Indicated Early-Term Deliveries. *Obstet Gynecol* 2013;121:911-5. 3. ACOG. Hypertension in pregnancy. 2013. 4. Zhang J, Troendle J, Meikle S, Klebanoff MA, Rayburn WF. Isolated oligohydramnios not associated with adverse perinatal outcomes. *BJOG*. 2004 Mar;111(3):220-5. 1. Linea guida: Taglio cesareo: "Una scelta appropriata e consapevole" seconda parte Roma : Istituto superiore di Sanità; 2012  
CG132 Caesarean section: NICE guideline. Last modified August 2012
7. National collaborating centre for women's and children's health. Caesarean section. Clinical guideline – London, UK: RCOG Press; 2004
8. The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guidelines for caesarean section, 2011 update: implications for the anaesthetist
9. Walter Costantin-Daniela Calestri – Ostetricia vol.1-2-3 Ed. Piccin 2013
10. Fondamenti di Assistenza Infermieristica Barbara K. Timby Ed. Mc.Graw Hill 2009
11. Pescetto G. De Cecco Pecorari D., Ragni N. Ginecologia e Ostetricia vol.1-2 SEU Società Editrice Universo, IV edizione 2009-2010
12. Agency for Healthcare Research and Quality. Vaginal birth after cesarean: new insights. AHRQ Publication 2010;10- E003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/vbacup/vbacup.pdf> (visitato il 10- 05- 2011)
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top guideline 45. RCOG Press, London, 2007.
14. Kwon JY, Jo YS et al. Cervical dilatation at the time of caesarean section may affect the success of a subsequent vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22(11):1057
15. Grobman WA, Lai Y et al. Does information available at admission for delivery improve prediction of vaginal birth after cesarean? *Am J Perinatol* 2009;26(10):693-701.