
	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b> <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 1 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

## Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS


Data	Redazione	Verifica	Approvazione
13/09/2022	Referente Gruppo di Redazione  Dirigente medico SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata Duccio Conti  Dirigente medico SOC Ginecologia ed Ostetricia Santa Maria Annunziata Marco Giusti	<b>Processo</b>  Direttore Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata Vittorio Pavoni  Direttore S.O.S. Assistenza Infermieristica di Gestione zona Sud Est Patrizia Grassi	Direttore Dipartimento Materno-infantile Toscana centro Alberto Mattei  Direttore Dipartimento Professioni tecnico Sanitarie Renzo Ricci  Direttore SOS DSPO Santa Maria Annunziata Andrea Bassetti  Direttore SOC Firenze DAIO Claudio Baldini
		<b>SGQ</b> Direttore f.f. SOC Governance Clinico Assistenziale Mauro Romilio	

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  2 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

#### Gruppo di redazione

- Gianni Bargelli – dirigente medico SOC - Ginecologia ed Ostetricia Santa Maria Annunziata - Mugello
  - Benedetta Beltrame - Dietista, Dietetica Professionale PO Santa Maria Nuova
  - Rita Cammelli - dirigente medico SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Nuova
  - Silvio Cantini - dirigente medico SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata
  - Valentina Cappelli - infermiera/sala operatoria/PACU
  - Mauro Cavuta - dirigente medico SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata
  - Sara Cirillo - infermiera sala operatoria/PACU Santa Maria Annunziata
  - Duccio Conti - dirigente medico SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata
  - Benedetta Guerrini - Dietista, Dietetica Professionale PO Santa Maria Annunziata
  - Marco Giusti - dirigente medico SOC - Ginecologia ed Ostetricia Santa Maria Annunziata - Mugello
  - Marta Goti – infermiera sala operatoria/PACU Santa Maria Annunziata
  - Francesca Ioa - coordinatrice reparto chirurgia A/B Santa Maria Annunziata
  - Rita Barbara Marianelli - Responsabile Dietetica Professionale
  - Mattei Alberto - Direttore SOC Ginecologia ed Ostetricia Santa Maria Annunziata – Mugello
  - Sandra Moretti-Direttore SOC Attività di Riabilitazione funzionale
  - Vittorio Pavoni Direttore - SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata
  - Federica Perelli – dirigente medico SOC - Ginecologia ed Ostetricia Santa Maria Annunziata – Mugello
  - Roberta Piccioli – dirigente medico unità funzionale complessa attività consultoriali (UFCAT) PO Santa Maria Nuova
  - Eleonora Prosperi - infermiera reparto preospedalizzazione
  - Renzo Ricci - Direttore Dipartimento delle Professioni tecnico sanitarie
  - Laura Salucci - dirigente medico SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata
  - Stefano Secchi - dirigente medico SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata
  - Caterina Sfera - dirigente medico SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata
- Supporto Metodologico:** SOC Governance Clinico Assistenziale

**Parole chiave:** Chirurgia ginecologica, ERAS, protocollo,

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  3 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

## Indice

1. Premessa .....	3
2. Scopo/ Obiettivi .....	3
3. Campo di applicazione .....	4
4. Glossario e Definizioni.....	4
5. Responsabilità e descrizione delle attività.....	4
6. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione .....	10
7. Monitoraggio e controllo .....	10
8. Strumenti / RegISTRAZIONI.....	10
9. Revisione.....	10
10. Allegati.....	11
11. Riferimenti.....	11
12. Indice revisioni.....	11
13. Lista di diffusione .....	12

### 1. Premessa

Henrick Kehlet oltre venti anni fa, per la prima volta, sul British Journal of Anaesthesia introduceva il concetto di Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) inteso come percorso di assistenza multidisciplinare e multimodale in grado di ottenere una guarigione ed un recupero precoci dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici maggiori. Nel corso degli anni l'interesse in letteratura è aumentato in maniera esponenziale. Si è assistito ad una progressiva rivisitazione dei concetti fisiopatologici su cui si basa la migliore assistenza perioperatoria con lo scopo di ottenere i migliori risultati possibili.


L'ERAS, infatti, rappresenta un cambiamento paradigmatico nell'assistenza perioperatoria riesaminando tutte le pratiche assistenziali esistenti, sostituendole con pratiche assistenziali più moderne ma soprattutto basate sulle norme dell'evidenza medica. È, inoltre, omnicomprensiva interessando tutte le aree del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore.

Il materiale scientifico che ha permesso di rivalutare molte delle regole osservate dai chirurghi nella cosiddetta "standard care" è rappresentato da numerosi trials multicentrici prospettici randomizzati che seguendo le regole della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) ha dimostrato in modo perentorio i vantaggi dell'approccio ERAS che pone al centro dei percorsi assistenziali la fisiopatologia dello stress perioperatorio e l'Evidenza clinico-scientifica maturata rispetto a pratiche che sono risultate prive di fondamento.

E' evidente che da questo importante cambiamento culturale nella gestione del paziente sottoposto a chirurgia maggiore derivino significativi vantaggi in termini, complicità, outcome e di riduzione dei tempi di degenza con un conseguente significativo abbattimento dei costi.

Nonostante la chirurgia colo-rettale sia ancor oggi il maggior campo di applicazione, il percorso ERAS è stato esteso a più specialità chirurgiche come la chirurgia Ginecologica.

Le linee guida del programma ERAS in Ginecologia stilate nel 2016 sono state recentemente aggiornate nel 2019 e nel 2021.

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  4 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

## 2. Scopo/ Obiettivi

Miglioramento della qualità di vita nel periodo peri-operatorio nelle pazienti sottoposte a chirurgia ginecologica con:

- Rapida ri-alimentazione
- Rapida mobilitazione
- Riduzione dei tempi di ricovero con la stessa o minore morbilità/ mortalità

## 3. Campo di applicazione

Il presente protocollo trova applicazione in tutte le pazienti candidate a chirurgia ginecologica:

1. Carcinoma Ovarico operabile radicalmente in prima istanza
2. Chirurgia di Intervallo per Carcinoma Ovarico
3. Endometriosi Pelvica Profonda
4. Carcinoma della Cervice Uterina operabile in prima istanza
5. Carcinoma dell'Endometrio e Sarcoma dell'Utero
6. Fibromatosi uterina emorragica con anemizzazione secondaria, che comporti la necessità di eseguire un intervento di miomectomia (Laparoscopica/Laparotomica)
7. Intervento di Isterectomia totale semplice (Laparoscopica/Laparotomica)

## 4. Glossario e Definizioni

**ASA:** American Society of Anesthesiologists

**BIS:** bispectral index

**BMI:** body mass index

**EBM:** Medicina Basata sulle Evidenze

**E.R.A.S.:** Enhanced recovery after surgery

**FKT:** fisiokinesi terapia

**MUST:** Malnutrition Universal Screening Tool

**NRS:** numeric rating scale

**PACU:** Post Anesthesia Care Unit

**PCA:** patient controlled analgesia

**PIEB:** Programmed Intermittent Epidural Boluses

**PO:** Presidio Ospedaliero

**PONV:** Post operative nausea and vomiting

**SAPO:** Servizio accoglienza preospedalizzazione

**SF:** soluzione fisiologica

**SNG:** sondino nasogastrico

**SOC:** Struttura organizzativa complessa


**SPI:** Surgical Pleth Index

**SSRI:** inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

**TEAM MULTIDISCIPLINARE:** anestesista, ginecologo, infermiere, dietista con possibilità di includere anche psico-oncologa

**TIVA:** total intravenous anesthesia

**TOF:** train of four

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  5 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

## 5. Responsabilità e descrizione delle attività

### Criteria di esclusione

Anestesista e chirurgo

Tutte le pazienti candidate a chirurgia ginecologica come da punto 3.

### Criteria di esclusione

Anestesista e chirurgo

- ASA 5
- I pazienti ASA 4 verranno valutati per caso
- Urgenze

## Preparazione del paziente

### Valutazione della funzionalità respiratoria

Medico Anestesista

La valutazione della funzionalità respiratoria è effettuata durante la visita anestesologica. Alle pazienti obese o forti fumatori viene consigliato l'incentivatore respiratorio. Alle pazienti con patologie respiratorie vengono prescritti, dagli anestesisti, eventuali esami di approfondimento clinico-strumentale da eseguire in pre-ospedalizzazione.

Nei pazienti con insufficienza respiratoria, prevedere valutazione da parte del Fisioterapista ed eventuale fisiokinesiterapia (FKT) preoperatoria e/o presa in carico nel post-operatorio.

### Counseling preoperatorio


Team multidisciplinare

Il Counseling preoperatorio prevede un momento di incontro tra il paziente e il team multidisciplinare (chirurgo, anestesista, infermiere, dietista con possibilità di includere la psico-oncologa). Lo scopo è quello di favorire la compliance al protocollo condividendo con il paziente gli obiettivi e motivandolo ad aderire al percorso delineato. A tal fine risulta utile il coinvolgimento dei familiari che parteciperanno al colloquio preoperatorio e assisteranno il paziente sia durante la degenza che dopo la dimissione dall'ospedale. È opportuno che il counseling avvenga con sufficiente anticipo rispetto alla data prevista del ricovero. È fortemente consigliabile che l'incontro si svolga in ambito multidisciplinare, con la partecipazione contemporanea di tutti i professionisti coinvolti. Ciò consente di condividere i contenuti di educazione sanitaria ed informazione che il paziente deve ricevere, per evitare ripetizioni e finalizzare in maniera ottimale il colloquio. Tutte le pazienti devono essere verbalmente informate in merito alla gestione ERAS durante un counseling multidisciplinare preoperatorio con cadenza da definire in base all'attività chirurgica. Nel corso del Counseling, l'anestesista e il chirurgo informano il paziente sulle procedure di relativa competenza, l'infermiere informa sull'organizzazione del reparto, valuta i bisogni del paziente e dei familiari, informa sulla preparazione, sulla gestione del dolore e di eventuale nausea/vomito post-operatorio, consegna la Brochure informativa, il dietista spiega l'intervento dietetico-nutrizionale in ciascuna fase del percorso.

### Valutazione dello stato nutrizionale

Dietisti

La Valutazione Dietetica è effettuata in tutte le pazienti sottoposte ad intervento per patologia oncologica ed in tutte (anche per patologia benigna) le pazienti con body mass index (BMI) >30 kg/mq o con Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) score  $\geq 2$ . (allegato 3). La valutazione è finalizzata al trattamento delle possibili alterazioni dello stato nutrizionale (malnutrizione, obesità, sarcopenia) in grado di impattare gli outcomes perioperatori. L'intervento nutrizionale può essere coadiuvato dall'utilizzo di supplementi nutrizionali orali specifici ove indicato (immunonutrizione, supplementi ipercalorici e/o iperproteici).

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b> <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 6 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

<b>Preparazione intestinale</b>	<i>Infermiere</i>
---------------------------------	-------------------

Viene utilizzata un'unica preparazione intestinale per tutte le pazienti candidate a percorso ERAS ginecologico secondo l'elenco indicato in precedenza (paragrafo 3 – punti 1-3).

Tale preparazione sarà equivalente a quella utilizzata da ERAS chirurgia generale per le patologie del basso tratto intestinale. Lo schema di preparazione viene inserito su apposita brochure e consegnato alle pazienti durante il percorso di preospedalizzazione

Nelle pazienti sottoposte ad intervento relativi ai punti 4,7 del paragrafo 3 non viene effettuata alcuna preparazione intestinale.

<b>Giorno precedente intervento - giorno intervento</b>	<i>Infermiere</i>
---	-------------------

- Restrizioni alimentari

- Cibi solidi e liquidi non chiari (latte, succo di frutta con polpa) consentiti sino a 6 ore prima dell'intervento chirurgico

- Liquidi chiari (acqua, the, caffè, bevande senza polpa e non gasate) consentiti sino a 2 ore dall'intervento (max 400ml)

- Liquidi chiari ricchi in maltodestrine (carbo-loading) consentiti sino a 2 ore prima dell'intervento (ad esempio 800 ml la sera precedente dall'intervento e 400 ml 2-3 ore prima dell'ingresso della paziente in sala operatoria), salvo controindicazioni.

- Preparazione intestinale secondo Brochure

<b>Profilassi antitrombotica</b>	<i>Anestesista</i>
----------------------------------	--------------------

Secondo linee guida. Prevedere il dosaggio della creatinina sierica tra gli esami di preospedalizzazione per i pazienti che assumono i Nuovi Anticoagulanti Orali (Eliquis; Xarelto; Pradaxa).


<b>Profilassi antibiotica</b>	<i>Chirurgo</i>
-------------------------------	-----------------

Da infondere in sala operatoria all'induzione dell'anestesia congiuntamente alla somministrazione di gastroprotettore endovena (pantoprazolo).

Il principio attivo antibiotico viene scelto in base ai criteri determinati dalle linee guida vigenti

<b>Protocollo anestesilogico</b>
----------------------------------

- Nessuna premedicazione anestesilogica di principio solo in caso di importante stato d'ansia con utilizzo di farmaci short acting
  - Somministrare paracetamolo 1 gr. ev in presala (preemptive analgesia) in 20'
1. **Procedure laparotomiche con incisione sovra-ombelicale** - posizionamento catetere peridurale (T11-T12 o T12-L1)
  2. **Interventi laparotomici con incisioni sotto ombelicali o pfannenstiel** – esecuzione spinale antalgica levobupivacaina 0,25% 2 cc+ morfina 0,05-0,08 mg (eventuale aggiunta di adiuvanti clonidina 0,5 mcg/ Kg e/o atropina 0,1 mg) con infiltrazione ferita chirurgica con levobupivacaina 0,25% (1 fl

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  7 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

da 5mg/ml diluita a 20 ml con SF) o ropivacaina 0,375% (1 fl 5 mg/ml 7,5 ml diluiti a 20 ml con SF) - infiltrare 1-2 ml/cm di lunghezza della ferita (dose anestetico 2-3 mg/Kg, dosaggio max di ropivacaina 225 mg e di levobupivacaina 150 mg)

In alternativa esecuzione Transversus Abdominis Plan (TAP) block ecoguidato bilaterale con levobupivacaina 0,25% 20 cc e clonidina 1 mcg/Kg per lato

**A. interventi laparoscopici di isterectomia ± annessiectomia o miomectomia** - prevedere terapia multimodale antalgica ev/os (vedi gestione postoperatoria) Infiltrazione della ferita chirurgica come previsto per interventi punto 2.

**B. isterectomia vaginale:** anestesia spinale con bupivacaina iperbarica 0,50% o con levobupivacaina 0,50% + morfina 0,05-0,08 mg (eventuale aggiunta di adiuvanti Clonidina 0,5 mcg/ Kg e/o Atropina 0,1 mg)

30 minuti prima della fine dell'intervento chirurgico 0,05 mg/kg ev di morfina o ossicodone o 1 mg/kg ev di tramadolo (ridurre la dose del 30% al di sopra dei 75 anni); non somministrare in caso di precedente esecuzione spinale antalgica

- dopo Induzione dell'anestesia generale cateterizzazione vescicale
- sondino naso gastrico non necessario o da limitare al periodo intraoperatorio
- non indicazione all'uso dei drenaggi addominali di routine


#### Conduzione anestesiológica intraoperatoria:

- TIVA (propofol 5-8 mg/kg/h + remifentanyl 0,1-0,3 ng/kg/min)
- Anestesia inalatoria (sevoflurano o desflurano)
- possibile utilizzo di lidocaina ev e/o ketamina ev come farmaci con effetto opioid sparing
- Normotermia con monitoraggio della temperatura in continuo, utilizzo set riscaldamento fluidi e presidi ad aria calda forzata.
- Monitoraggio del TOF (curarizzazione profonda indispensabile in LPS) e del BIS o Entropia (profondità della narcosi)
- Monitoraggio nocicezione con Surgical Pleth Index (SPI) (in assenza di aritmie) per dosaggio oppioidi intraoperatori (quando disponibile nel comparto operatorio)
- Infusioni intraoperatorie: infusione intraoperatorie restrittiva 2-3 ml/kg/h di cristalloidi comunque da regolare in base alle perdite ed al bilancio idrico
- Profilassi PONV – vedi allegato 2

Per ridurre Nausea e Vomito: favorire anestesia locoregionali, ridurre il consumo di oppioidi, l' utilizzo di neostigmina, il consumo di agenti volatili anestetici, e favorire l'uso di propofol.

### Tecnica Chirurgica

- L'approccio laparoscopico è preferibile.
- In caso approccio laparotomico l'incisione cutanea viene decisa in base alla patologia da trattare (trasversale oppure longitudinale)
- Preparazione del campo operatorio con disinfezione cutanea mediante soluzione alcolica di clorexidina.

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  8 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

- Astensione dall'uso routinario dei drenaggi
- Qualora venisse posizionato il SNG questo dovrà essere rimosso preferibilmente a conclusione della procedura chirurgica.
- In caso di approccio laparoscopico il catetere vescicale dovrà essere preferibilmente rimosso prima del rientro in reparto della paziente (ad eccezione di isterectomia radicale, vedi paragrafo 3).
- Qualora il chirurgo ritenesse opportuno posizionare il drenaggio, dovrebbe specificarne la motivazione:
  - Es : aumentato rischio di sanguinamento etc
  - infiltrazione della ferita con anestetico locale (secondo protocollo anestesilogico per il dolore post-operatorio) al termine dell'intervento

#### Gestione post-operatoria in PACU

Nell'immediato post-operatorio la paziente sarà ammessa in PACU.

- l'indicazione all'eventuale posizionamento nel postoperatorio del SNG è la persistenza del vomito malgrado adeguata terapia farmacologica multimodale antiemetica
- sarà valutato il recupero delle capacità cognitive
- valutazione e trattamento del dolore
- valutazione della diuresi
- controllo della temperatura
- in casi selezionati, su indicazione del chirurgo e/o dell'anestesista, sarà rimosso il catetere vescicale
- sarà somministrata la terapia antiemetica (come descritta nel protocollo anestesilogico)
- sarà effettuata una reintroduzione della dieta idrica appena le condizioni cliniche lo permettano
- nessuna infusione endovenosa postoperatoria di principio. Se la reintroduzione della dieta idrica non è realizzabile va mantenuta la terapia infusione a velocità di 1 ml/kg/h (da modificare comunque secondo l'assunzione orale di liquidi).

#### Gestione post-operatoria in Reparto

Somministrazione dieta semi liquida (R1) dopo 6-8 ore dalla fine dell'intervento a piacere della paziente e prosecuzione dell'assunzione di liquidi fino ad un litro.


### ANALGESIA POSTOPERATORIA

#### 1. Pazienti con catetere epidurale:

- levobupivacaina 0,125% con sufentanil 0,5 mcg/ml pompa Smith con modalità Programmed Intermittent Epidural Boluses (PIEB) post operatoria 4-8 ml bolo ogni 60 minuti impostato 6 ml bolo (da preferire a infusione continua a 4-8 ml/h) da mantenere almeno 48/h
- paracetamolo 500-1000 ogni 8 ore ev e poi per os
- ibuprofene 400-600 mg ev o per os ogni 8 ore se NRS >3 dose rescue per max 48 h

#### 2. Pazienti che hanno eseguito analgesia spinale:



	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  9 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

- Paracetamolo ev 1gr ogni 8 ore, o per pazienti con peso inferiore a 50 kg o insufficienza epatica lieve/moderata 500mg ogni 6 ore
- Ibuprofene ev 400/600 mg ogni 12 h in base ad età e funzione renale max 48 h
- Tramadolo gocce 20 gtt (50 mg) ogni 6 ore dose rescue se NRS >3

dopo 24 h dall'intervento:

- Paracetamolo orosolubile 1000 mg sublinguale ogni 8 ore o 500 mg ogni 6 ore
- Ibuprofene 400/600 mg ogni 8 ore per os in base ad età e a funzione renale per max 48 h
- Tramadolo gocce 20 gtt (50 mg) ogni 6 ore se NRS >3 dose rescue: nb evitare l'uso del tramadolo in pazienti che fanno uso di SSRI o comunque di farmaci serotoninergici  
Evitare l'uso del tramadolo in pazienti che fanno uso di SSRI o comunque di farmaci serotoninergici

### 1. **Pazienti sottoposte a isterectomie semplici, miomectomie o annessiectomie laparoscopiche**

- Paracetamolo 500-1 gr ev poi per os dopo 48/h
- Ibuprofene 400/600 mg ogni 8-12 ore ev successivamente per os per max 48 h
- Ossicodone/ paracetamolo 5 mg/325 mg ogni 6 -8 ore per NRS > 3

### 2. **isterectomia vaginale:**

- Paracetamolo 500-1 gr ev poi per os dopo 48/h
  - Ibuprofene 400/600 mg ogni 8-12 ore ev successivamente per os per max 48 h
  - Ossicodone/ paracetamolo 5 mg/325 mg ogni 6 -8 ore per NRS >3

In casi selezionati considerare la possibilità di effettuare analgesia con Patient Controlled Analgesia (PCA) (vedi allegato 1a)

#### MOBILIZZAZIONE PRECOCE:


- giorno 0: dopo 4 ore dal risveglio mobilizzare e mantenere seduto (meglio in poltrona) almeno per 1 ora;
- giorno +1: paziente fuori dal letto almeno 4 ore tra mattina e pomeriggio, cammina fino a raggiungere i servizi;
- giorno +2: paziente fuori dal letto almeno 4 ore tra mattina e pomeriggio; cammina nel corridoio per almeno 80 mt (corridoio andata e ritorno);
- giorno +3: paziente fuori dal letto almeno 6 ore tra mattina e pomeriggio; cammina nel corridoio con aumento progressivo della distanza percorsa;
- giorno +4: mobilizzazione libera.

Si raccomanda di utilizzare locali e poltrone adeguati a favorire la permanenza fuori dal letto (stimolare il pz a far assumere i pasti fuori dal letto).

È utile che il paziente, aiutato dai familiari, tenga un diario in cui registrare il tempo trascorso fuori dal letto e, fornendogli i riferimenti opportuni (indicatori di distanza posizionati nel corridoio del reparto di degenza), la distanza precisa percorsa camminando.

#### Post-operatorio 1\* giornata

Sospensione terapia infusionale.

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  10 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

- Somministrazione di analgesici per os.
- Somministrazione dieta solida dalla colazione.

Se coinvolto tratto GI:

Rialimentazione 1 a pranzo e Rialimentazione 2 a cena (o rialimentazione 2 se la sera dell'intervento ha assunto la Rialimentazione 1.

Se NON coinvolto tratto GI:

Rialimentazione 3

Assunzione di due litri di liquidi.

Se alimentazione non adeguata o inferiore al 50% del pasto attivare consulenza con il dietista.

- Rimozione catetere vescicale se non già rimosso in PACU – per interventi di isterectomia radicale è prevista la rimozione del catetere vescicale in G2.

- In caso di elevato rischio nutrizionale e/o assunzioni orali inferiori ai fabbisogni nutrizionali stimati eventuale somministrazione di supplementi nutrizionali orali specifici previa rivalutazione dietetica.

Considerare trattamento nutrizionale immunometabolico con sostanze immunomodulanti (RNA, arginina, ac. grassi, omega 3) nei pazienti oncologici 2-3 brik/die.

- Rimozione del SNG se non già rimosso in PACU.
- Rimozione del drenaggio se posizionato
- Gestione del catetere peridurale da parte del personale infermieristico e rimozione dello stesso a 48h (Allegato 1b)

#### Criteria di dimissibilità

- adeguata alimentazione per os.
- recupero funzionalità intestinale (è sufficiente la sola canalizzazione ai gas).
- adeguato controllo del dolore per os.
- paziente autosufficiente ed adeguata mobilizzazione.
- evidenza clinica e strumentale di decorso postoperatorio non complicato.
- consenso della paziente.
- controllo adeguato del dolore con analgesici orali.

Controlli post-dimissione


- Contatto telefonico con la paziente 2° e 9° giorno post-dimissione.
- Visita postchirurgica nei 15-25 gg successivi all'intervento.
- Monitoraggio nutrizionale in base a quanto indicato durante la Valutazione Dietetica preoperatoria.

#### 6. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

La Direzione della SOC Ginecologia ed Ostetricia Ospedale Santa Maria Annunziata e SOC Anestesia e rianimazione Santa Maria Annunziata:

- conserva l'email di approvazione dei firmatari del frontespizio e l'originale (documento approvato dell'email di approvazione), con il pdf "Copia conforme all'originale" del presente documento

- invia per email il documento e comunica ai destinatari indicati nell'ultimo paragrafo Lista di diffusione (i quali con "modalità a cascata" diffondono agli operatori coinvolti) che il documento

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  11 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

è consultabile sulla Repository "Gestione documenti", del Sito Intranet Aziendale, conservando l'email. Si precisa inoltre che:

- 1) la procedura originale è disponibile presso cartella informatica nelle stanze medici anestesia e ginecologia con cartacea nell'archivio di reparto.
- 2) la procedura viene condivisa in un incontro multidisciplinare con tutto il personale coinvolto nella gestione assistenziale.

## 7. Monitoraggio e controllo

Il referente del Protocollo, presenterà un report annuale sull'applicazione del presente documento al direttore SOC Ginecologia e Ostetricia. Qualora si presentino non conformità rispetto all'indicatore sotto riportato, verranno approntate eventuali attività migliorative

Indicatore: Applicazione protocollo uguale o maggiore all'80% su pazienti eleggibili

effettua il monitoraggio sull'applicazione se fattibile con indicatore (accreditamento)

Indicatore	Calcolo	Livello atteso 80%	Fonte
Processo 1) Grado di applicazione del protocollo	N° pz a cui è stato applicato il protocollo N° pz totali sottoposte ad intervento chirurgico	Livello raggiunto	Cartella clinica..applicativi informatici

## 8. Strumenti / RegISTRAZIONI


Procedura informatica: Cartella Clinica Argos, Cartella clinical pathway, database

## 9. Revisione

La revisione si effettua su motivazioni sostanziali, e comunque si consiglia ogni tre anni.

## 10. Allegati

- Allegato 1a: Protocollo Antalgico Endovenoso Modalità PCA (analgesia controllata dal paziente) in Chirurgia ginecologica – ERAS
- Allegato 1b: Gestione Infermieristica Catetere Peridurale in Chirurgia ginecologica – ERAS
- Allegato 2: P.O.N.V.
- Allegato 3: M.U.S.T.

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b>  <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  12 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

## 11. Riferimenti


- Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achantari C, et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations--Part I. Gynecol Oncol. 2016 Feb;140(2):313-22.
- Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achantari C et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations--Part II. Gynecol Oncol. 2016 Feb;140(2):323-32.
- Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer LA, Taylor JS, Iniesta M, Lasala J, Mena G, Scott M, Gillis C, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update. Int J of Gyn Cancer 2019. doi:10.1136/ijgc-2019-000356 .
- Bogani G, Sarpietro G, Ferrandina G, Gallotta V, Di Donato V, Ditto A, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecology oncology. Eur J Surg Oncol. 2021 May;47(5):952-959
- Wijk L, Udumyan R, Pache B, Altman AD, Williams LL, Elias KM, et al. International validation of Enhanced Recovery After Surgery Society guidelines on enhanced recovery for gynecologic surgery. Am J Obstet Gynecol. 2019 Sep;221(3):237.e1-237.e11.
- Vlug MS, Wind J, Hollmann MW, Ubbink DT, Cense HA, Engel AF, et al. LAFA study group: Laparoscopy in combination with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery: a randomized clinical trial (LAFA-study). Ann Surg 2011, 254(6):868–875.
- Joshi TV, Bruce SF, Grim R, Buchanan T Jr, Chatterjee-Paer S, Burton ER et al. Implementation of an enhanced recovery protocol in gynecologic oncology. Gynecol Oncol Rep. 2021 Apr 30;36:100771. doi: 10.1016/j.gore.2021.100771

## 12. Indice revisioni

Revisione n°	Data emissione	Tipo modifica	Titolo
0	13/09/2022	PRIMA EMISSIONE	Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS

## 13. Lista di diffusione

- Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Firenze II
- Direttore SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Annunziata
- Direttore SOC Anestesia e Rianimazione Santa Maria Nuova
- Direttore SOC Chirurgia Ginecologica Santa Maria Annunziata e Santa Maria Nuova

	Dipartimento Materno-infantile Area Ostetricia e Ginecologia SOC Ostetricia e ginecologia OSMA e Mugello	<b>Codice</b> <b>PS. AOG.07</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  13 di 13
	Procedura Specifica Gestione chirurgia ginecologica secondo il protocollo ERAS			

- Direttore SOC Ginecologia ed Ostetricia Santa Maria Annunziata
- Direttore SOS Ginecologia ed Ostetricia Mugello
- Direttore SOS Assistenza Infermieristica di Gestione zona Sud Est
- Direttore Dietetica Professionale
- Direttore Dipartimento Professioni tecnico-Sanitarie
- Direttore SOS Attività Tecniche Assistenziali, PO Santa Maria Nuova e PO Santa Maria Annunziata
- Gruppo di redazione

Copia conforme all'originale