

Chirurgia ostetrica in sicurezza durante l'epidemia Covid

L'epidemia da Sars-Cov-2 ha avuto un enorme impatto sulla pratica chirurgica. La necessità di ridurre i rischi di infezione intraospedaliera, di minimizzare la possibilità di diffusione virale intraoperatoria, di gestire al meglio i pazienti con infezione, continua a rappresentare una grande sfida per i sistemi sanitari



SILVIA VON WUNSTER
Direttore Uoc Ostetricia e Ginecologia.
Ospedale di Alzano Lombardo
Asst Bergamo Est

LA GESTIONE DELL'EPIDEMIA ha reso necessario la realizzazione di nuovi percorsi organizzativi, la razionalizzazione della presenza degli operatori in sala operatoria, l'attenta valutazione della priorità degli interventi e l'adeguamento delle tecniche anestesiologiche. Ha richiesto inoltre di adeguare l'assistenza perioperatoria, attraverso l'applicazione di tutte le pratiche assistenziali che hanno mostrato evidenza di efficacia nel migliorare la ripresa postoperatoria delle pazienti e nel ridurre i tempi di degenza in ospedale.

In particolare la chirurgia ostetrica in sicurezza deve garantire la riduzione del rischio di infezione per la mamma, per il neonato, per tutto il personale che si prende cura di loro e anche per le altre pazienti degenti. La chirurgia ostetrica richiede poi delle considerazioni particolari in quanto è per lo più una chirurgia di urgenza ed emergenza e necessita pertanto di percorsi ben chiari e definiti, che prevedano la stretta collaborazione di più figure professionali, che devono agire in sintonia tra loro con sicurezza e rapidità.

Più delle altre specialità chirurgiche richiede personale opportunamente addestrato, che conosca bene le procedure di vestizione e le tecniche per ridurre il rischio di diffusione virale intraoperatoria.

IL TRIAGE E IL BED MANAGEMENT

La garanzia della sicurezza nella chirurgia ostetrica richiede innanzitutto il triage delle pazienti al momento del ricovero, o del prericovero in caso di chirurgia elettiva, sia attraverso la rilevazione dei casi sospetti per mezzo del questionario anamnestico, sia attraverso la somministrazione del tampone per il Sars-Cov-2 al momento del ricovero di tutte le gravide. La conoscenza della positività o meno della madre rispetto al Sars-Cov-2 è cruciale per la sicurezza degli operatori e del nascituro.

Le gravide positive dovranno essere indirizzate presso un centro Hub, tutte le altre isolate fino all'esito del tampone.

In molti casi l'esito del tampone sarà disponibile solo alcune ore dopo il ricovero e pertanto sarà necessario

prevedere l'isolamento temporaneo delle pazienti e il riconoscimento di percorsi diversi rispetto alle pazienti con tampone negativo già noto. Si comprende bene come a tale scopo sia indispensabile una corretta gestione del bed management perché dovrà essere garantita la disponibilità di un numero sufficiente di stanze singole. A tal fine sarà opportuno rivedere i protocolli assistenziali allo scopo di ridurre la durata della degenza, sia valutare attentamente le indicazioni ai ricoveri ostetrici.

LE INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA OSTETRICA

L'American College of Surgeons¹ ha prodotto delle linee guida per stabilire le classi di priorità degli interventi chirurgici di tutte le specialità, compresa l'Ostetricia e le Ginecologia. Le condizioni ostetriche per le quali un intervento non è rinviabile comprendono il taglio cesareo, la gravidanza extrauterina, l'aborto spontaneo, il cerchiaggio di emergenza, l'emorragia.

Il cerchiaggio su indicazione anamnestica, la mola vescicolare, l'interruzione di gravidanza sono considerate condizioni per le quali un ritardo significativo può comportare un danno alla salute della paziente. Le procedure di diagnosi prenatale invasiva possono essere rinviate per poche settimane, mentre nessuna indicazione ostetrica rientra tra gli interventi rinviabili senza alcuna conseguenza sulla salute materna e neonatale.

Allo scopo di garantire un ottimale bed management e di ridurre i rischi di infezione ospedaliera appare rilevante la necessità di ridurre l'indicazione alla chirurgia di condizioni cliniche gestibili farmacologicamente. Questo vale non solo per la gestione medica della gravidanza extrauterina nei casi in cui sia indicato, che rappresenta una pratica ben consolidata nei nostri reparti, ma soprattutto per l'assistenza alle pazienti con diagnosi di aborto spontaneo. La gestione dell'aborto incompleto e dell'aborto interno con condotta di attesa e/o con l'utilizzo del misoprostolo, secondo quanto previsto dal protocollo Aifa, permette di evitare



In considerazione della attuale situazione pandemica è importante cercare di razionalizzare l'utilizzo di emocomponenti, in particolare ponendo attenzione a migliorare l'ematocrito delle gravide prima del parto

in molti casi la necessità di ricovero ospedaliero². I dati della letteratura indicano percentuali di successo fino al 76% per la condotta di attesa e fino all'85% per il trattamento medico dell'aborto interno, con percentuali ancora maggiori per l'aborto incompleto³. Le stesse considerazioni valgono per l'Ivg con metodo farmacologico, alla luce delle recenti indicazioni ministeriali che prevedono l'estensione alla 9^o settimana di gravidanza ed in attesa che vengano chiarite le modalità di gestione ambulatoriale, quando possibile.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA SALA OPERATORIA

L'organizzazione della sala parto e del blocco operatorio deve prevedere percorsi separati per le pazienti positive o sospette e laddove possibile, il riconoscimento di una sala operatoria dedicata alle pazienti positive o sospette.

Deve essere prevista una zona dedicata alla vestizione, con ampia disponibilità di tutti i dispositivi di protezione individuale (Dpi) previsti. È opportuno che il personale dedicato alla assistenza chirurgica sia adeguatamente formato, anche attraverso frequenti esercitazioni, alle procedure di vestizione. È importante limitare l'ingresso in sala operatoria al solo personale necessario. La sala operatoria deve contenere il minimo di strumentazione e di materiale previsto per l'intervento, in modo da permettere una rapida ed adeguata

sanificazione dei locali alla fine dell'intervento.

In caso di interventi di emergenza può nascere il dubbio che le procedure di vestizione possano fare perdere troppo tempo ed allungare il tempo tra la decisione del cesareo e l'incisione. In realtà i dati della nostra esperienza e quelli disponibili in letteratura non indicano una differenza significativa nei tempi di organizzazione dei tagli cesarei urgenti ed emergenti.

L'ASSISTENZA ANESTESIOLÓGICA

La tecnica anestesiologica più sicura per la chirurgia ostetrica in epoca di pandemia è senza dubbio quella neuroassiale. Le tecniche locoregionali, come l'epidurale o la subaracnoidea, eliminano il rischio correlato alla produzione di aerosol durante l'intubazione e l'estubazione ed evitano la necessità di ventilazione meccanica in pazienti che possono essere difficili da svezzare nel postoperatorio. L'anestesia generale va riservata solo ad alcune situazioni di emergenza o in caso di deterioramento delle condizioni materne. Va preferibilmente eseguita da personale esperto, che indossi Dpi adeguati, possibilmente con l'ausilio del videolaringoscopia in modo da ridurre i tempi di esposizione con l'aerosol generato dalla paziente. Un filtro ad alta efficienza (Hepa) deve essere utilizzato tra il paziente ed il circuito. L'estubazione richiede altrettanta attenzione ad evitare il con-

NOTE

1 www.facs.org/media/press-releases/2020/covid-clinical-guidance032520

2 All. 1 GU, Serie Generale n.144 del 21/6/2013

3 Cubo AM. PLoS One. 2019 Jan 10;14(1):e0210449.

4 www.pregnancy.cochrane.org/news. Covid19 review of national clinical practice guidelines for key questions relating the care of pregnant women and their babies

5 Rupsa C. Berghella V et al. Am J Obstet Gynecol MFM, 2020 May;2(2):100110

6 Macones et al. Am J Obstet Gynecol, 2019 Sept;221:3-247



tatto con le vie respiratorie della paziente e va eseguita in sala operatoria.

ASPETTI TECNICI

La tecnica chirurgica degli interventi ostetrici non dovrebbe essere modificata dall'epidemia attualmente in corso. Nascono soltanto dei dubbi sulla possibilità di garantire il clampaggio tardivo del funicolo e il precoce avvio dello *skin to skin* durante il taglio cesareo, la cui importanza ai fini della salute neonatale è avvalorata da forti evidenze scientifiche. Un documento di consenso della Cochrane ci rassicura sulla possibilità di continuare ad effettuare un clampaggio ritardato del funicolo e iniziare lo *skin to skin* in sala operatoria nelle pazienti negative ed in quella asintomatiche, ma ancora in attesa del tampone. Lo stesso documento evidenzia come ci sia invece incertezza sulla necessità di un clampaggio precoce del funicolo nelle pazienti positive o sintomatiche⁴. In considerazione della attuale situazione pandemica è importante cercare di razionalizzare l'utilizzo di emocomponenti, in particolare ponendo attenzione a migliorare l'ematocrito delle gravide prima del parto. Berghella suggerisce di valutare l'utilizzo routinario di acido tranexamico e di misoprostolo (400 mg per os) a scopo di prevenzione durante il taglio cesareo. In caso di necessità di trasfusione e in assenza di sanguinamento attivo consiglia di tra-

sfondare una sacca alla volta e valutare successivamente la reale necessità di una seconda sacca⁵.

LA GESTIONE PERIOPERATORIA

Un ultimo importante aspetto riguarda la necessità di ottimizzare i tempi di degenza postoperatoria. Le linee guida proposte dal gruppo di Berghella suggeriscono di dimettere le pazienti già in seconda giornata⁵. A tale scopo ci vengono sicuramente utili le indicazioni della società Eras, la cui corretta e completa applicazione ha dimostrato di ridurre le complicanze intraoperatorie, ridurre i tempi di degenza, ridurre il tasso di rientri dopo dimissione ospedaliera e minimizzare la necessità di accesso alle terapie intensive.

La corretta applicazione dei protocolli Eras si traduce anche in un significativo risparmio per i sistemi sanitari e rappresenta una risposta alla crescente necessità di modelli assistenziali agili ed innovativi. La società Eras ha pubblicato recentemente le linee guida assistenziali sul taglio cesareo, basate sulla attenta e approfondita analisi delle evidenze della letteratura scientifica per ciascun aspetto che riguarda l'assistenza perioperatoria⁶. Le indicazioni riguardano la preparazione preoperatoria, con particolare attenzione all'omeostasi glucidica, con riduzione dei tempi di digiuno preoperatorio ed eventuale supplementazione con maltodestrine nelle ore precedenti l'intervento. Particolare importanza viene data ad un'adeguata e tempestiva profilassi antibiotica, basata sull'analisi dei fattori di rischio per le infezioni postchirurgiche. Le indicazioni continuano con la gestione intraoperatoria, con particolare attenzione all'omeostasi termica, all'utilizzo di gambali pneumatici per la prevenzione della Tvp, alla rimozione precoce del catetere vescicale in sala operatoria o perfino alla valutazione della reale necessità del suo utilizzo. Fondamentale appare poi gestire adeguatamente la fase postchirurgica, sostenendo la precoce ripresa dell'alimentazione, garantendo una rapida mobilitazione e controllando adeguatamente il dolore, evitando il più possibile il ricorso ai farmaci oppiacei.

La gestione della chirurgia ostetrica in periodo di epidemia Covid richiede senz'altro un importante sforzo organizzativo e culturale, ma può rappresentare anche una grande opportunità di miglioramento dell'assistenza nei nostri ospedali. Quando finalmente l'epidemia sarà conclusa avremo senza dubbio acquisito una grande capacità di gestione delle urgenze e delle emergenze in sicurezza, a garanzia della salute delle mamme e dei loro bimbi.

16

CONTRIBUTI

Sindrome genitourinaria della menopausa

Estriolo a basso dosaggio, acido ialuronico e altro

La sindrome genitourinaria della menopausa (Gsm) è un problema molto antico che solo da poco è stato codificato in modo più preciso allo scopo di puntare un faro sull'argomento sia per la platea femminile che per la categoria dei medici; il suo nuovo inquadramento e la scelta della nuova definizione che sostituisce quella di atrofia vulvovaginale (Vva), è infatti solo del 2014



“

Data l'ampia distribuzione della sindrome nella popolazione femminile che si stima intorno al 75% in postmenopausa, e dato l'invecchiamento della stessa, è atteso che il fenomeno sia destinato a registrare numeri sempre maggiori



FRANCESCA NOCERA
Past President Società Italiana Ginecologia Terza Età (Sigite)

LO STESSO TERMINE “sindrome” sottolinea la complessità del quadro caratterizzato da segni obiettivabili e da sintomi soggettivi che si embricano con il fisiologico invecchiamento dell'apparato genitourinario. Data l'ampia distribuzione della sindrome nella popolazione femminile che si stima intorno al 75% in postmenopausa, e dato l'invecchiamento della stessa, è atteso che il fenomeno sia destinato a registrare numeri sempre maggiori.

A fronte di questi elevati numeri, la percentuale di donne trattate correttamente è molto bassa e spesso lo è solo per brevi periodi. In assenza di una più ampia conoscenza delle basi eziopatogenetiche della Gsm e delle raccomandazioni comuni a tutte le maggiori società scientifiche sul suo trattamento, essa potrà restare a lungo sottovalutata e conseguentemente non trattata. Se infatti una donna non riconosce quello che le accade come un problema e soprattutto come un problema risolvibile, difficilmente lo riferirà al medico e ancor meno richiederà un trattamento. Dal canto suo se il medico continuerà a temere l'impiego di trattamenti ormonali, si limiterà a prescrizioni poco impattanti sul benessere femminile lasciando il problema irrisolto. Nonostante oggi ci siano svariate opzioni terapeutiche (ormonali e non ormonali, sistemiche o locali) e trattamenti adiuvanti ben supportati dalla letteratura più autorevole, molte donne per svariate ragioni rimangono insoddisfatte dei suggerimenti che vengono proposti. È verosimile che un ruolo molto importante in questo “vuoto pre-