

Procedura

Gestione clinico-organizzativa della Colectomia Laparoscopica

Obiettivi:

- uniformare a livello aziendale l'approccio alla colecistectomia laparoscopica nelle persone con colelitiasi in base alle più recenti evidenze scientifiche con particolare riferimento alla fase postoperatoria
- standardizzare le cure per ridurre il rischio clinico
- rendere trasparente i processi e le responsabilità
- istruire, formare ed informare i/le collaboratori/trici sanitari

Standard (risultato atteso):

- garantire alle persone con colelitiasi una terapia chirurgica con i medesimi standard di qualità in tutta la l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige nel rispetto della presente procedura aziendale
- tutti i pazienti eleggibili (Protocollo operativo – allegato 2) sono trattati secondo la presente procedura
- la proporzione standard di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a tre giorni corrisponde a livello nazionale ad un minimo di 70%

Ambito di validità:

Unità operative di Chirurgia generale negli ospedali dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Destinatari (profili professionali coinvolti) e responsabilità:

Medici chirurghi e infermieri

Contenuto (descrizione delle attività/dei processi e/o rappresentazione grafica):

Diagnostica e trattamento della colelitiasi: Raccomandazioni

Fasi - Clinica	Indicazioni e attività
Diagnostica preoperatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografia • Indici di colestasi (gamma GT, ALP), ALT, bilirubina diretta e totale, PT, PTT, emocromo, lipasi • EGDS – solo in caso di abuso FANS oppure anamnesi di ulcera
Colecistolitiasi asintomatica	<p>Non indicazione chirurgica, ad eccezione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • colecisti a porcellana – rischio carcinoma 20% • colecistolitiasi + polipo colecisti ≥ 1 cm (polipo > 18-20 mm colecistectomia open) • <u>indicazione relativa</u>: calcolo > 3 cm (rischio carcinoma)

Colecistolitiasi sintomatica	Indicazione a colecistectomia laparoscopia: <ul style="list-style-type: none"> • coliche recidivanti in colecistolitiasi (intervento in elezione) • colecistite acuta (entro 72 ore dall'insorgenza della sintomatologia) • in paziente ASA > III-IV eventuale colecistostomia percutanea
Colecistite acuta	Indicazione a colecistectomia d'urgenza: <ul style="list-style-type: none"> • possibilmente entro 72 ore dalla diagnosi (clinica, febbre, leucocitosi), fino all'intervento utile antibiotico terapia • in paziente ASA > III-IV eventuale colecistostomia percutanea
Colecistolitiasi sintomatica in gravidanza	CHE laparoscopica può essere eseguita il 1° e 2° trimestre in caso di indicazione urgente
Colecisto-coledocolitiasi	CHE laparoscopica entro 6 settimane dalla bonifica VBP
Pancreatite biliare	<ul style="list-style-type: none"> • CHE dopo risoluzione della pancreatite acuta, se possibile durante stesso ricovero • In caso di versamento peripancreatico o pseudocisti attesa di 6 settimane • In caso di pazienti ad alto rischio, sottoposto a ERCP + PSE, indicazione relativa a CHE
Controlli postoperatori	<ul style="list-style-type: none"> • 1° giorno postoperatorio: emocromo, dieta leggera • 2° giorno postoperatorio: PFE, dieta normale
Dimissione	<p>RICOVERO ORDINARIO dimissione il 2° giorno dopo l'intervento se il decorso postoperatorio è privo di complicanze</p> <p>RICOVERO DIURNO (ONE DAY SURGERY) dimissione il 1° giorno postoperatorio</p>

Le patologie concomitanti e la presenza di pregressi interventi sono da riportare sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), qualora influenzino significativamente il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate secondo la regola di codifica "G.D.8. Definizione di diagnosi secondaria" delle Linee guida provinciali in vigore.

Definizioni/abbreviazioni:

CHE – colecistectomia

PNE - Programma Nazionale Esiti

PSE – papillosfinterotomia endoscopica

VBP – via biliare principale

PFE – prove di funzionalità epatica

Bibliografia:

Ministero della Salute e Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS): Programma Nazionale Esiti (PNE) - Edizione 2014; <http://95.110.213.190/PNEed14/index.php> .

F. Lammert, T. Sauerbruch et al: S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie zur Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen; AWMF-Register-Nr. 021/008; Z Gastroenterol 2007; 45:971-1001.

Linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, quinta versione - marzo 2011, approvata con deliberazione della G.P. n. 561/2011.

DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 . Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Autrici/autori (responsabili del contenuto e della sua elaborazione):

Dr.ssa Elisabeth Montel - Referente NUVAS del Comprensorio Sanitario di Bolzano;

Dr. Federico Martin - Primario del Reparto di Chirurgia generale dell'Ospedale centrale di Bolzano;

Prof. Dr. Heinrich Pernthaler - Primario del Reparto di Chirurgia generale dell'Ospedale di Merano;

Dr. Walter Thaler - Primario del Reparto di Chirurgia generale dell'Ospedale di Bressanone.

Allegati:

1. Indicatore "Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ordinari con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni": Razionale; PNE – edizione 2014.
2. Indicatore "Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ordinari con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni": Protocollo operativo; PNE – edizione 2014.