

	<b>Ospedale Spirito Santo</b>	<b>DC 01 PO 01/334</b>
	<b>Unità Operativa di Anestesia</b>	<b>Rev 00</b>
	<b>PROTOCOLLO ANESTESIOLOGICO per la gestione del TAGLIO CESAREO in PAZIENTI AD ALTO RISCHIO EMORRAGICO</b>	<b>Pag 1 di 2</b>

### TAGLIO CESAREO IN PAZIENTE AD ALTO RISCHIO EMORRAGICO

- 1) Certezza della diagnosi di placenta accreta, increta, percreta, praevia centrale.  
Valutazione del rischio di emorragia massiva peri-partum
- 2) Staff multi-disciplinare per la discussione del caso
- 3) Consenso anestesiological informato in cui verrà specificato: tipo di patologia; rischio materno-fetale; tipo di procedura anestesiological, chirurgica, radiologica; possibilità di emotrasfusione autologa/omologa; quindi ASA; possibili complicanze (eventualità di ricovero in TIPO)
- 4) Se non vi sono controindicazioni, accesso venoso periferico (possibilmente 16G), posizionamento del catetere peridurale per effettuare anestesia peridurale continua.
- 5) La paziente esegue la **procedura radiologica interventiva** (posizionamento per profilassi di catetere-palloncino intra-arterioso) in sala angiografica, avvalendosi di anestesia peridurale. (la procedura non prevede l'utilizzo di anticoagulanti)
- 6) La pz viene portata in sala operatoria per il taglio cesareo

#### **raccomandazioni per la sala operatoria:** prima dell'inizio del taglio cesareo

- avvertire i colleghi del Centro Trasfusionale e predisporre emocomponenti come da linea guida per l'eventuale attivazione del protocollo aziendale per l'emorragia massiva
- controllare insieme ai chirurghi ed al personale infermieristico che ci siano in sala operatoria tutti i presidi necessari (Bakry ballon , fili di sutura per legatura compressiva dell' utero, ecc. ), prevedere la presenza di 1 unità OSS fissa in sala .
- predisposizione radioscopia su letto operatorio
- predisporre eventuale utilizzo di emorecupero intra-operatorio con filtro da leucodeplezione; predisporre doppio aspiratore sul campo operatorio : evitare l'aspirazione di liquido amniotico e materiale placentare nell' emorecupero, processare accuratamente il sangue aspirato dal campo operatorio.
- Predisporre monitoraggio cruento , CVC , riscaldatore liquidi, riscaldatore pz., pompe – siringa per amine vasoattive e deflussori con dial-flow per infusione continua di uterotonici in accordo con gli ostetrici :
  - i. carbetocina *duratocin* 1 fl 100 mcg in bolo lento ripetibile dopo 24h ;
  - ii. sulprostone *nalador* 1fl 0,5 mg in fisiologica 250 ml in i.c. con dial flow 250ml/h per primi 30 minuti poi 125 ml/h o meno in base alla clinica dose minima 50 ml /h ( dose massima 0,5 mg/ h e 1,5 mg /24h ).
  - iii. ossitocina *syntocinon*; metilergometrina *methergin* , ecc.

	<b>Ospedale Spirito Santo</b>	<b>DC 01 PO 01/334</b>
	<b>Unità Operativa di Anestesia</b>	<b>Rev 00</b>
	<b>PROTOCOLLO ANESTESIOLOGICO per la gestione del TAGLIO CESAREO in PAZIENTI AD ALTO RISCHIO EMORRAGICO</b>	<b>Pag 2 di 2</b>

- 7) Qualora si attivi il **protocollo per l'emorragia massiva**, verisimilmente dopo l' estrazione del feto, convertire l' anestesia loco-regionale in anestesia generale e procedere alle manovre necessarie : monitoraggio cruento , posizionamento CVC ecc. ( v . protocollo aziendale)