



PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ANESTESIA SUBARACNOIDEA per il PARTO CESAREO

Indicazione:	Parto cesareo quando la tempistica ne permette l'esecuzione, in assenza di controindicazioni specifiche o di rifiuto da parte della paziente
Obiettivi:	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dell'incidenza della depressione fetale - Riduzione delle complicanze anestesologiche conseguenti alle variazioni fisiologiche indotte dalla gravidanza sui diversi sistemi ed apparati della madre
Indagini:	<p>Anamnesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patologie pregresse o attuali - Assenza di controindicazioni (vedi note) - Test coagulazione nella norma <p>Esame obiettivo, compilazione cartella e acquisizione consenso informato</p>
Preparazione:	<ul style="list-style-type: none"> - Incannulamento venoso periferico con ago 16 G - Per tagli iterativi oltre il terzo incannulamento di 2 vene con cateteri da 14 e 16 G - Acido citrico monoidrato 1 grammo e sodio citrato biidrato 1,5 grammi in 30 ml di soluzione per os 30 - 45 min prima dell'intervento per il tamponamento dell'acidità gastrica (prevenzione della Sindrome di Mendellson) - Sistema di aspirazione funzionante - 2 laringoscopi (di cui 1 con lama di Mc Coy) funzionanti con una scelta di lame, Fast-track LMA . A disposizione fibroscopio e videolaringoscopio - Tubo endotracheale 7mm mandrinato; a disposizione tubo 6mm. Siringa già raccordata sul pallone pilota. - Posizionare la paziente sul tavolo operatorio con un sostegno sotto il bacino destro per prevenire la

	<p>compressione della vena cava.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instaurazione di monitoraggio (ECG, SaO₂, NIBP) - Preidratazione (10-15 ml/Kg di soluzione salina tipo Ringer lattato)
<p>Procedura: iniezione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paziente in posizione seduta o laterale - Cappellino e mascherina indossati, lavaggio mani e guanti sterili con modalità chirurgica - Preparazione campo sterile monopaziente - Disinfezione della cute con clorexidina colorata (3 passaggi) e idonea attesa - Ago 25-27-29 G con punta di Sprotte o Whitacre con introduttore negli spazi L3-L4, L4-L5 o L2-L3 (in ordine di preferenza) - Bupivacaina iperbarica 0,5% + Fentanyl 10 mcg - Bupivacaina iperbarica in relazione all'altezza della paziente:da 7,5 a 12 mg - In alternativa Chirocaina 0,5% + Fentanyl 10 mcg - Eventuale morfina 100 mcg per il dolore postoperatorio - Somministrazione lenta con verifica iniziale e finale del corretto posizionamento dell'ago (aspirazione) - Stop se la paziente manifesta un qualunque dolore all'iniezione - Posizionare la paziente in posizione supina con dislocamento laterale sinistro mediante inclinazione del letto operatorio di 15-30 ° - Se disponibile compressione (40 mmHg) arti inferiori
<p>Procedura: post- iniezione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - NIBP in continuo fino a stabilizzazione, poi ogni 2,5 min - Testare il livello (pin prick test) - Se P.A. < 100 mmHg o diminuisce rapidamente, somministrare efedrina 5-10 mg e.v., ripetendo se necessario e incrementare i fluidi. Possibile infusione continua da 2 a 5 mg/min - Fenilefrina a boli 0,2-0,5 mg (1 ml=10 mg) può essere somministrata se l'efedrina non è efficace dopo 30-50 mg o se la paziente è tachicardica: in tal caso prendere in considerazione la possibilità che vi sia

	<p>ipovolemia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somministrare O₂ - La nausea e il vomito non sono infrequenti e sono in genere secondari all'ipotensione, da trattare aggressivamente
Procedura: post-parto	<ul style="list-style-type: none"> - Ossitocina 20-40 Unità per litro secondo indicazioni dell'ostetrico - Antibiotici se previsto - Midazolam se necessaria sedazione
Note:	Adeguamento linee guida per l'anestesia spinale e anticoagulanti secondo Raccomandazioni ESA (vedi)
Bibliografia:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hughes SC, Levison G, Rosen MA. Anesthesia for Cesareal Section. Anesthesia for Obstetrics. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Ed. 2002; 2. Reisterr L, Lin D. Anestesia for Cesarean Secction. Obstetric Anesthesia.St. Louis: Chestnut DH. Mosby Ed. 1994;467. 3. Healthier mothers and babies. Center for Desease Control and Prevention. MMWR 1999 4. Min J, Haddad T. Anesthesia for Obstetris and Gyne- cology. Clinical Aneshnesia Procedures of theMassa- chusetts Hospital. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Ed. 2002 5. Norris MC. General Anesthesia for Cesarean Delivery. Handbook of Obstetric Anesthesia. Philadelphia Lip-pincott Williams & Wilkins Ed. 2000 6. Collis RE. Regional anaesthesia for caesarean section. Textbook of obstetric Anaesthesia. London : GMM Ed. 2002 7. Carpenter RL, Caplan RA, Brown DL, Stephenson C, Wu R. Incidence and risk factors for side effects os spinal anesthesia. Anesthesiology 1992 8. Kinsella SM, Norris MC. Advance predictiin of hypotension at cesarean delivery under spinal anesthesia. Obstet Anesth 1996

Referente:

Dott. A. Dossena

Unità operativa:

Anestesia, Rianimazione
e Terapia del Dolore

Data revisione

27/03/2015