

U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia  
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

**PROCEDURA OPERATIVA  
ASSISTENZA ALLA PAZIENTE  
SOTTOPOSTA A  
TAGLIO CESAREO**

<b>Preparato da</b>	<b>Ref. Gruppo di lavoro Sala Parto Clinica Ostetrica</b>
<b>Verificato da</b>	<b>Servizio Qualità Azienda Ospedaliera M.L.Chiozza..... Unità di Valutazione Tecnologie Sanitarie M.Castoro..... Comitato per la Pratica Etica R.Pegoraro.....</b>
<b>Verificato per validazione</b>	<b>Direzione Medica M.Grattarola.....</b>
<b>Approvato da</b>	<b>Direzione Sanitaria G.P.Rupolo..... Direttore UOC-GO G.B.Nardelli..... Coordinatrice Sala Parto R.Ciullo.....</b>
<b>Data 01/10/2008</b>	<b>Rev. 01</b>
<b>Data 02/05/2010</b>	<b>Rev. 02</b>
<b>Data 30/07/2010</b>	<b>Rev. 03</b>

## **INDICE**

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO
- 3.0 CAMPO DI APPLICAZIONE
  - 3.1 CAMPO D'APPLICAZIONE
  - 3.2 DESTINATARI
- 4.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI
- 5.0 GLOSSARIO ED ACRONOMI
  - 5.1 GLOSSARIO
  - 5.2 ACRONOMI
- 6.0 FLOWCHART DELLE RESPONSABILITA'
- 7.0 MODALITA' OPERATIVE
  - 6.1 PREPARAZIONE DELLA PAZIENTE
    - IDENTIFICAZIONE PAZIENTE E CONTROLLO CARTELLA CLINICA
    - MATERIALE OCCORRENTE
    - PROCEDURA OPERATIVA: PREPARAZIONE DELLA PAZIENTE
  - 6.2 ESECUZIONE TAGLIO CESAREO
    - PERSONALE COINVOLTO
    - MATERIALE OCCORRENTE
  - 6.3 PREPARAZIONE SALA CESAREI
    - PREPARAZIONE CARRELLO ANESTESISTI
    - CONTROLLO RESPIRATORE
    - CONTROLLO ISOLA NEONATALE
    - CONTROLLO DISPOSITIVI MEDICI
  - 6.4 PREPARAZIONE CARRELLI STRUMENTARIO CHIRURGICO
  - 6.5 PROCEDURA OPERATIVA DI ESECUZIONE TAGLIO CESAREO
    - TRASFERIMENTO DELLA PAZIENTE IN SALA CESAREI
    - ESECUZIONE ANESTESIA SPINALE
    - INTUBAZIONE ENDOTRACHEALE
    - TAGLIO CESAREO
  - 6.6 MONITORAGGIO POST-OPERATORIO
- 8.0. RESPONSABILITA'
- 9.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 10.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI
- 11.0 ALLEGATI
  - 11.1 TECNICA DI ESECUZIONE DEL TAGLIO CESAREO
  - 11.2 TEMPI DEL TAGLIO CESAREO
  - 11.3 FOTO DISPOSIZIONE FERRI CHIRURGICI
    - 10.3a CARRELLO STRUMENTARIO GRANDE
    - 10.3b CARRELLO SERVITORE
  - 11.4 ELENCO FERRI CHIRURGICI KIT CESAREO
  - 11.5 PROTOCOLLO PER LA CONTA DELLE GARZE
    - 10.5a PROTOCOLLO CONTA GARZE
    - 10.5b SCHEDA PER LA PREVENZIONE DELLA RITENZIONE GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

## 11.6 SCHEDA MONITORAGGIO POST-PARTUM

### 1.0 Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

**INFERMIERE/OSTETRICHE SALA TC:** Cardin A., Carraro M., Magarotto C., Marzari F., Masiero A., Crepaldi E., Miozzo E., Marobin F., La Bella B., Greco A., Zoccarato M., Bellinato G., Michelon G., Valerio E., Bernardi E.,

**OSTETRICHE:** De Franceschi M., Scapin G., Zanella P., Albertin M., Massarotto M., Granci M., Marivo F., Callegaro M., Zacchettin C., Sansone L., Luise D., Panizza C., Brugnaro S., Baccarin G., Favaron B.

**OSS:** Brusamolín M., Pagin S., Pescante A., Calgaro M., Benetti V., Zago S.

### 2.0 SCOPO

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DELLE INFERMIERE, DELLE OSTETRICHE E DELLE OSS NELL'ASSISTENZA ALLA PAZIENTE SOTTOPOSTA A TAGLIO CESAREO.

### 3.0 CAMPO DI APPLICAZIONE:

#### 3.1 CAMPO D'APPLICAZIONE

LA PROCEDURA SI APPLICA NELLA SALA PARTO DELLA U.O.C. DI CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA.

#### 3.2 DESTINATARI

LA PRESENTE PROCEDURA E' DESTINATA AL PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO E OSS DELL'UNITA' OPERATIVA.

### 4.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

- Codice Deontologia Medica, 16 dicembre 2006.
- Codice Deontologico Infermieri (1999): rapporti con la persona assistita 4.2, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9); rapporti professionali con i colleghi e altri operatori.
- Codice Deontologico Ostetriche approvato dal consiglio nazionale nella seduta del 10/11.03.2000, punto3 – rapporti con la persona assistita e punto 4 – rapporti con colleghi/e e altri operatori.
- D.M. 24 aprile 2000 – Adozione progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN 1998 – 2000.
- D.L. n° 502 del 30 dicembre 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 Legge 23.10.1992 n° 421 e successive modifiche.

- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 – definizione dei livelli essenziali di assistenza.

#### PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE:

-CIRCOLARE MINISTERO SANITA' N. 52/1985 E N.8/1988 "PIANO SANITARIO NAZIONALE" 1998-2000.

-DECRETO LEGISLATIVO 626 DEL 19/9/1994 INTEGRATO DAL DL 19/3/1996 N.242 E MODIFICATO DAL DL N.66 DEL 25/02/2000 E SUCCESSIVE MODIFICHE SINO AL 28/8/2003 PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI, RECEPIMENTO DIRETTIVE 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 90/269/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE.

#### DIRETTIVE SULL'UTILIZZO DISPOSITIVI MEDICI:

- DL 507 – 01/12/1992 REC. 90/385/CEE (DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI); DL 46 – 24/02/1997 REC. 93/42/CEE (DISPOSITIVI MEDICI); DL 332 – 08/09/2000 REC. 98/79/CEE.

#### GESTIONE DEL CONSENSO INFORMATO:

ART.32 COMMA 2 COSTITUZIONE ITALIANA; Art.33 Legge 833 – 23/12/1978 DI ISTITUZIONE DEL SSN; CODICE DEONTOLOGICO DEI MEDICI (1998) TITOLO III RAPPORTI CON IL CITTADINO – CAPO IV ART 30 (INFORMAZIONI AL CITTADINO) E ART 32 (CONSENSO INFORMATO); CODICE DONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI (1999): ART.4 RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA, COMMA 4.5, 4.6, 4.7, 4.8; LEGGE 145 DEL 28/03/2001 CAP II – CONSENSO, ART. 5 (REGOLA GENERALE), ART.8 (SITUAZIONI D'URGENZA) A RECEPIMENTO DIRETTIVA DEL CONSIGLIO D'EUROPA (OVIEDO, 4 APRILE 1997) SU CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'UOMO E SULLA BIOMEDICINA.

## 5.0 GLOSSARIO E ACRONIMI

### 5.1 GLOSSARIO

**TAGLIO CESAREO:** ESTRAZIONE DEL FETO ATTRAVERSO INCISIONE CHIRURGICA DELLA PARETE ADDOMINALE E DELL'UTERO.

**INDICAZIONI:** SI RICORRE AL TAGLIO CESAREO QUANDO IL PARTO VAGINALE RISULTA MECCANICAMENTE IMPOSSIBILE O PUO' COMPORTARE RISCHI ECCESSIVI PER IL FETO E PER LA MADRE. LE PIU' COMUNI INDICAZIONI SONO: - SPROPORZIONE FETOPELVICA (VIZIO PELVICO O MACROSOMIA FETALE), - PRESENTAZIONE (ES. PODALICA) O SITUAZIONE ANOMALA ( ES. GRAVIDANZA GEMELLARE), - ATTIVITA' UTERINA INSUFFICIENTE, - SOFFERENZA FETALE ACUTA, - PLACENTA PREVIA, - DISTACCO INTEMPESTIVO DELLA PLACENTA, - PROLASSO DEL CORDONE OMBELICALE, - PATOLOGIE MATERNE (ES. GESTOSI, CARDIOPATIA, LUSSAZIONE CONGENITA DELL'ANCA), PREGRESSO TAGLIO CESAREO.

LA TECNICA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO PER TAGLIO CESAREO PREVEDE TRE FASI: APERTURA DELL'ADDOME E DELL'UTERO; ESTRAZIONE DEL FETO E DEI SUOI ANNESSI; CHIUSURA DELL'UTERO E DELL'ADDOME

ANESTESIA:IL TAGLIO CESAREO VIENE ESEGUITO PREFERIBILMENTE IN ANESTESIA SPINALE O IN ANESTESIA GENERALE.

RISCHI DEL TAGLIO CESAREO: LEGATI ALL'ANESTESIA PER PATOLOGIE PREESISTENTI (ES: MAL.RESPIRATORIE, CARDIOPATIE, COAGULOPATIE); EMORRAGIA DURANTE L'INTERVENTO O NEI GIORNI SUCCESSIVI, CON NECESSITA' DI TRASFUSIONI; LESIONI VESCICA E/O URETERI SOPRATTUTTO NEGLI REINTERVENTI PER ALTERATI RAPPORTI ANOMICI; INFEZIONI (IL RISCHIO E' DIMINUITO CON UNA CORRETTA PREVENZIONE ANTIBIOTICA); COMPLICANZE TROMBOEMBOLICHE PREVENIBILI CON PROFILASSI DI EPARINA, ELASTOCOMPRESSIONE.

**ANESTESIA SPINALE** (SUBARACNOIDEA): INIEZIONE DELL'ANESTETICO LOCALE NELLO SPAZIO SUBARACNOIDEO MIDOLLARE DOVE' CONTENUTO IL LIQUOR.

NEL TAGLIO CESAREO SI EFFETTUA NEGLI INTERSPAZI VERTEBRALI COMPRESI FRA L2-L3 E L3-L4. L'INTERSPAZIO L3-L4 E' POSTO AL DI SOTTO DELLA LINEA IMMAGINARIA CHE COLLEGA LE CRESTE ILIACHE POSTERO-SUPERIORI.

VANTAGGI RISPETTO ALL'ANESTESIA GENERALE: RELATIVA SEMPLICITA' DI TECNICA; ONSET RAPIDO; MINIMA ESPOSIZIONE DELLA MADRE E DEL FETO A FARMACI; PAZIENTE SVEGLIA E COLLABORANTE CON RIDOTTO RISCHIO DI ASPIRAZIONE DI MATERIALE GASTRICO; APGAR NEONATALI ELEVATI; LA MADRE PARTECIPA ALLA NASCITA DEL FIGLIO.

**ANESTESIA GENERALE** IN CASO DI TAGLIO CESAREO, QUANDO NON E' POSSIBILE ESEGUIRE L'ANESTESIA SPINALE PER LA PRESENZA DI CONTROINDICAZIONI O PERCHE' FALLISCE O IN CASO DI EMERGENZA (DISTACCO MASSIVO DELLA PLACENTA, PROLASSO DEL FUNICOLO), OPPURE A LIVELLO INTRAOPERATORIO QUANDO IL TAGLIO CESAREO SI COMPIE, IL MEDICO ANESTESISTA PROCEDE ALL'INDUZIONE DELL'ANESTESIA GENERALE. PER A.G. O NARCOSI SI INTENDE QUEL COMPLESSO DI FENOMENI REVERSIBILI, INDOTTI DA PARTICOLARI SOSTANZE, CARATTERIZZATI DA SOSPENSIONE TEMPORANEA DELLE FUNZIONI INERENTI ALLA VITA DI RELAZIONE, SENZA CHE VENGANO INTERROTTE LE FUNZIONI DELLA VITA VEGETATIVA.

**INTUBAZIONE ENDOTRACHEALE** CONSISTE NELL'INTRODUZIONE DI UN TUBO, DI CALIBRO E MATERIALE ADEGUATO, ALL'INTERNO DELLE VIE AEREE, PER PERMETTERE LA LORO CONNESSIONE CON L'ARIA AMBIENTE, OPPURE CON MISCELE DI GAS AD ELEVATA PERCENTUALE DI OSSIGENO TRAMITE VENTILATORE; PUO' ESSERE EFFETTUATA PER VIA ORALE (INTUBAZIONE ORO-TRACHEALE / IOT) O NASALE (INTUBAZIONE NASO-TRACHEALE), OPPURE DIRETTAMENTE IN TRACHEA (TRACHEOSTOMIA)

## **5.2 ACRONOMI**

PZ= paziente

PAO= pressione arteriosa omerale

FC= frequenza cardiaca

ECG= elettrocardiografia

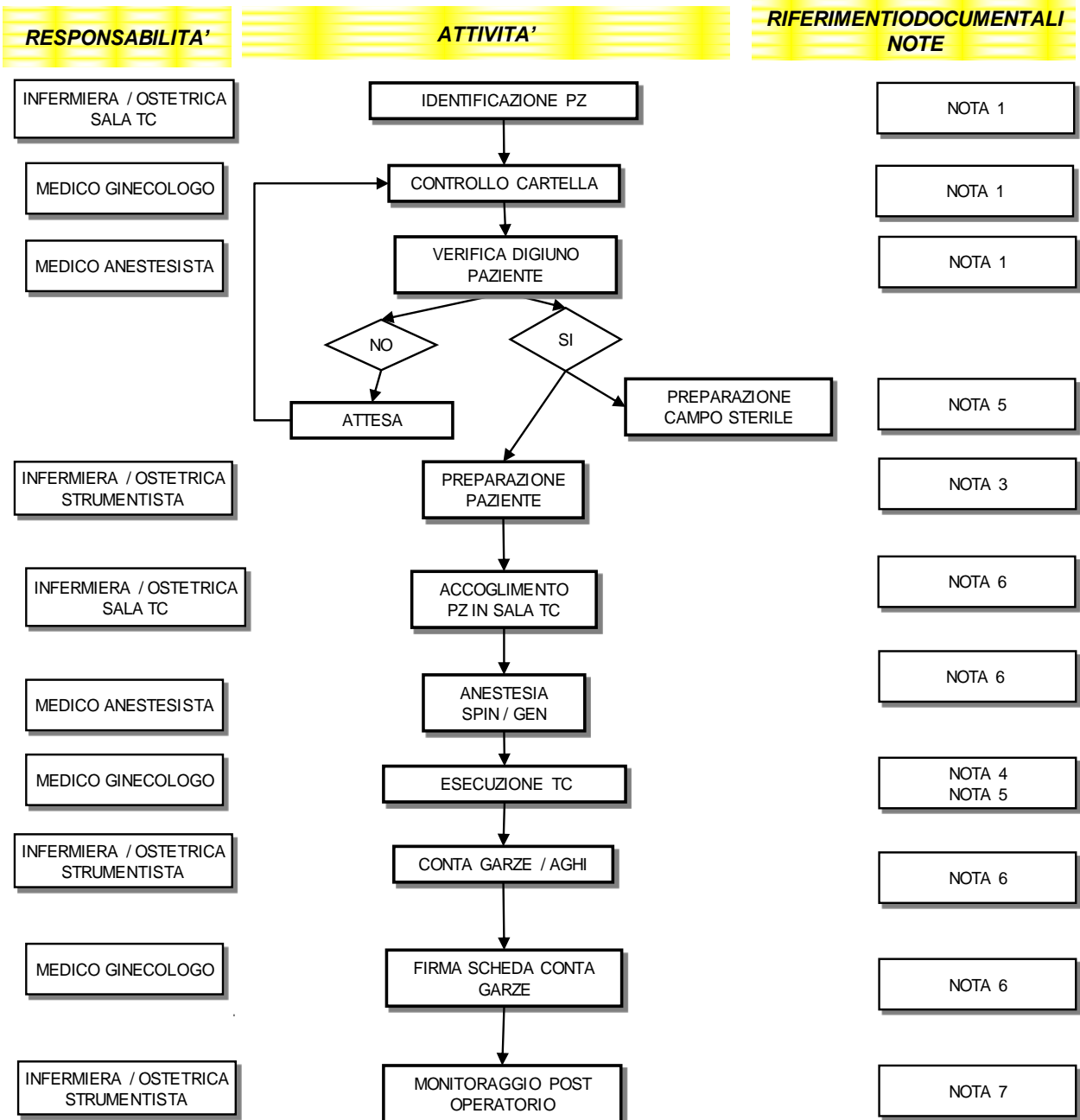
IOT = intubazione oro-tracheale

AG= anestesia generale

TC = taglio cesareo

## **6.0 FLOWCHART DELLE RESPONSABILITA'**

## PROCESSO: ESECUZIONE TC



## 7.0 MODALITA' OPERATIVE

### **NOTA 1**

#### **PREPARAZIONE DELLA PAZIENTE**

IN CASO DI TAGLIO CESAREO D'ELEZIONE LA PAZIENTE VIENE PREPARATA NELLA SALETTA "PREPARAZIONE PAZIENTE" E FATTA ACCOMODARE IN BARELLA.

NEL TAGLIO CESAREO URGENTE LA PAZIENTE GIA' PRESENTE IN SALA PARTO PUO' ESSERE PREPARATA DIRETTAMENTE NEL LETTO DEGENZA DEL TRAVAGLIO DI PARTO.

#### **IDENTIFICAZIONE DELLA PAZIENTE E CONTROLLO DELLA CARTELLA CLINICA**

1. PRESENTAZIONE DELL'INFERMIERA E/O DELL'OSTETRICA E IDENTIFICAZIONE DELLA PAZIENTE.
2. CONTROLLO DELLA CARTELLA CLINICA VERIFICANDO CHE SIANO PRESENTI ALL'INTERNO DELLA STESSA:
  - VISITA ANESTESIOLOGICA
  - ECG
  - ESAMI EMATOCHIMICI
  - GRAFICA
  - ETICHETTE PRESTAMPATE DELL'ACCETTAZIONE
  - CONSENSO INFORMATO
3. VERIFICARE :
  - CHE LA PAZIENTE SIA A DIGIUNO
  - EVENTUALI ALLERGIE A FARMACI, DISINFETTANTI, METALLI, ECC.
4. VERIFICARE CHE NON SIANO PRESENTI:
  - MONILI
  - PROTESI DENTARIE MOBILI
  - MAKE UP
  - UNGHIE SMALTATE O RICOSTRUITE
  - GLI OCCHIALI SONO PERMESSI IN CASO DI ANESTESIA SPINALE.

#### **MATERIALE OCCORRENTE**

- a) Copricapo (cuffia) e calzari
- b) 3 elettrodi per registrazione E.C.G.
- c) 1 piastra per elettrobisturi (elettrodo di ritorno)
- d) per tricotomia (se non è stata eseguita dal reparto di provenienza):
  - Guanti
  - Rasoio elettrico
  - Ricambio lama per rasoio elettrico
- e) per incannulazione venosa periferica braccio destro:
  - Guanti sterili
  - Garze sterili
  - Disinfettante iodato
  - Agocannula G16 o G14
  - Set flebo
  - Prolunga M/F 50
  - Rubinetto a tre vie



- Medicazione sterile
- Al braccio sinistro:
- Prolunga M/M 100
  - Rampa a 3 vie

**f) per infusione endovenosa:**

- Voluven 500ml
- Elettrolitica 500ml

**g) per cateterismo vescicale:**

- Guanti sterili
- Garze sterili
- Telino sterile
- Disinfettante Farvicett pronto 25 ml
- Catetere vescicale Foley CH14 o CH16
- Sacca diuresi sterile
- Siringa 10 ml
- Bidistillata sterile 10 ml (1 fiala)
- Luan gel

**h) monitoraggio benessere fetale:**

- Monitor cardiotocografico
- Cinghie
- Gel

**NOTA 3**

**PROCEDURA OPERATIVA: PREPARAZIONE DELLA PAZIENTE**

<b>TECNICA DI ESECUZIONE</b>	<b>MOTIVAZIONE</b>
<p>1. Lavarsi le mani con sapone antisettico.</p> <p>2. Entrare in sala preparazione, presentarsi alla paziente, chiedere nome e cognome verificando che la cartella clinica corrisponda.</p> <p>3. Controllo della cartella clinica.</p> <p>4. Spiegare alla paziente ciò che ci si appresta ad eseguire.</p> <p>5. Far indossare cuffia e calzari.</p> <p>6. Applicare i 3 tre elettrodi per l'ECG al torace della paziente (nelle zone: emiclaveare destra, emiclaveare sinistra e</p>	<p>1. Il lavaggio delle mani è una delle manovre più efficaci ed è la prima da adottare per contrastare la diffusione delle infezioni ospedaliere.</p>

<p>nel 3° inferiore sternale)</p> <p>7. Applicare sulla fascia laterale della coscia sinistra l'elettrodo di ritorno (piastra elettrobisturi).</p> <p>8. Incannulare una via venosa periferica all'avambraccio destro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indossare 2 paia di guanti</li> <li>- applicare il laccio emostatico</li> <li>- reperire la vena periferica più evidente</li> <li>- disinfettare</li> <li>- incannulare la vena</li> <li>- collegare all'agocannula G 16 il set flebo munito di rubinetto a tre vie e della prolunga.</li> </ul> <p>9. Iniziare l'infusione endovenosa con Voluven 500 ml, poi proseguire con Elettrolitica 500 ml</p> <p>10. Eventuale incannulazione della 2° via venosa periferica all'avambraccio sinistro con collegamento ad Elettrolitica 500 ml munita di set flebo – rampa – prolunga M/M 100 mm.</p> <p>11. Eseguire il cateterismo vescicale: Preparare il materiale su un telo sterile; far assumere alla pz la posizione ginecologica; spiegare ciò che ci si appresta a fare; indossare i guanti sterili; disinfettare 2 volte la parte esterna dei genitali e 2-3 volte l'interno delle grandi labbra e il meato uretrale eseguendo la manovra dall'alto al basso, senza ripassare e sempre cambiando la garza; inserire il catetere precedentemente collegato alla sacca e previa lubrificazione della parte distale; introdurre delicatamente il catetere per 5-7 cm verso l'alto attraverso il meato uretrale fino a quando vi è la fuoriuscita dell'urina;</p>	<p>7. La piastra dell'elettrobisturi va applicata su un'area ben vascolarizzata ed asciutta adiacente al sito chirurgico, evitando cicatrici, tessuti adiposi, sporgenze ossee ed aree in cui possano raccogliersi liquidi.</p> <p>10. La 2° via venosa periferica è necessaria in caso di intervento in paziente sottoposta a più di un pregresso taglio cesareo; gravidanza gemellare; placenta previa; diabete gestazionale insulino-dipendente e in tutte le altre situazioni in cui si può prevedere il ricorso a trasfusione intraoperatoria</p> <p>11. Osservare scrupolosamente le manovre asettiche per evitare le infezioni urinarie.</p>
---	---

<p>iniettare l'acqua sterile per gonfiare il palloncino come indicato sul catetere (mediamente 5 – 10 ml); ritirare lentamente il catetere verso il basso ed accertarsi che sia adeguatamente ancorato.</p> <p>12. Eseguire la tricotomia della zona sovrapubica-monte di Venere.</p> <p>13. Eliminare i presidi monouso utilizzati negli appositi contenitori, i taglienti nei contenitori rigidi.</p> <p>14. Lavarsi le mani.</p> <p>15. In attesa del trasferimento in Sala Cesarei, l'ostetrica provvede ad eseguire il monitoraggio cardiotocografico del feto.</p> <p>16. Si consiglia alla paziente il decubito laterale sinistro per evitare la compressione della vena cava che comporterebbe uno stato di ipotensione materno.</p>	
--	--

#### **NOTA 4**

#### **ESECUZIONE DEL TAGLIO CESAREO**

##### **PERSONALE COINVOLTO:**

- 2 o 3 MEDICI CHIRURGHI
- 1 MEDICO ANESTESISTA
- 1 INFERMIERA/OSTETRICA STRUMENTISTA
- 1 INFERMIERA/OSTETRICA DI SALA
- 1 OSS
- 1 OSTETRICA PER ASSISTENZA NEONATO

##### **MATERIALE OCCORRENTE:**

Materiale per intervento:

- Presidi monouso di protezione individuale
- 1 Kit ferri cesareo (**vedi allegato "Elenco ferri kit cesareo"**)
- 1 Kit teleria cesareo composto da 2 teli grandi, 1 telo buco, 6 telini, 3 camici con rispettivo telino, 1 telo per confezionare e/o teleria monouso

#### Occorrente base:

- 1 telo grande confezionato singolo sterile
- 1 tubo aspiratore + 1 cannula per aspiratore
- 2 confezioni di garze sterili da 10 con filo di bario
- 1 confezione di compresse laparotomiche con laccio da 5 con filo di bario
- 1 lama da bisturi 22/24
- Guanti sterili in lattice
- Disinfettante iodato "Poviderm"
- Suture per taglio cesareo standard:
  - 2 Vicryl c/ago (2)
  - 1 Vicryl c/ago (1)
  - 0 Vicryl c/ago (1)
  - 2/0 Vicryl c/ago (1)
  - 0 Vicryl Rapid c/ago (2)

#### Materiale per anestesia:

- Dispositivi per anestesia spinale: 1 siringa 2,5 ml
  - 1 ago per aspirare
  - Ago da spinale G24 o G27
  - 1 o 2 conf. garze piccole da 5
- Farmaci per anestesia spinale: 1 fl Fentanest
  - 1 fl Bupivacaina 0,5% iperbarica (in frigo)
  - per anestesia locale: 1 fl di Lidocaina 1%
- Farmaci per taglio cesareo: Syntocinon
  - Efedrina
  - Atropina
  - Antibiotici
- Farmaci per anestesia generale: Succinicolina (Midarine) in frigo
  - Penthotal
  - Diprivan (in frigo)
- Farmaci per elastomero: Contramal
  - Toradol
  - Doperidol
- Dispositivi per intubazione oro-tracheale: Laringoscopio +
  - Lama piccola/media/grande
  - Tubi endotracheali 6– 6 ½- 7– 7 ½ -8
  - Mandrino
  - Pinza di Magill
  - Silicone spray
  - Cannule guendel n. 3 – 4 – 5
  - Siringa 5 ml
  - Cerotto 2,5 cm

Materiale occorrente in sala:

- Materiale per verifica integrità vescica: Blu di Metilene 1 fl in 500ml di fisiologica  
Siringa 50 ml cono grande  
Sondino ch 14
- Materiale per raccolta placenta e prelievo di sangue funicolare: piatto per placenta rivestito con sacchetto plastica, telino, e sacchetto plastica aperto pronto per ricevere la placenta; 1 provetta per gruppo sanguigno (più provette in caso di gemelli); 1 siringa 10 ml; 1 ago per aspirare
- Materiale raccolta pezzi anatomici per richiesta esame istologico: contenitori grandi/medi/piccoli; formalina; sacchetto plastica
- Modulistica: modulo per la verifica della conta garze e degli aghi  
modulo firma esecutore prelievo sangue funicolare

## **PREPARAZIONE SALA CESAREI**

### **PREPARAZIONE CARRELLO ANESTESISTA**

FARMACI:

- Atropina 1 mg : 10 di soluz. Fisiologica (in siringa da 10 ml)
- Efedrina 25 mg : 5 di soluz. Fisiologica (in siringa da 5 ml)
- Syntocinon 3 fiale (totale 15 UI) in una siringa da 5 ml
- Flebo Efedrina 50 mg (2 fiale) in fisiologica 250 ml
- Tenere a disposizione i farmaci per l'induzione dell'anestesia generale: Pentotal o Diprivan (quest'ultimo in frigo) e la Succinicolina (in frigo)

CONTROLLO DISPOSITIVI PER ANESTESIA GENERALE:

- Verifica laringoscopia funzionante (controllo luminosità)
- Controllo integrità tubi endotracheali 6 – 6 ½ -7 – 7 ½ - 8
- Mandrino – pinza di Magill – siringa 5 ml

### **CONTROLLO RESPIRATORE**

- Verificare che sia funzionante (collegato alla rete)
- Controllare l'integrità del circuito respiratorio (tubo "Y" andata/ritorno pz e tubo munito di pallone correttamente inseriti) con capnografo, filtro antibatterico (controllare la presenza del tappino bianco), e catetere mount
- Controllare l'integrità le circuito aperto (va e vieni) completo di filtro antibatterico e maschera oro- facciale

### **CONTROLLO MONITOR**

- Verificare che sia funzionante (collegato alla rete)
- Che sia munito di bracciale PAO, cavi per ECG, saturimetro

### **CONTROLLO ASPIRATORE PER ANESTESISTA**

- Controllo funzionamento
- Verifica che sia munito di tubo di aspiratore e connettore sondino

### **CONTROLLO ISOLA NEONATALE**

- Accensione pannelli radianti
- Verifica funzionamento ambù pediatrico e connessione all'erogatore O2
- Verifica aspirazione (funzionamento e connessione al sondino)
- Controllo maschera laringea scuffiata con siringa già collegata alla cuffia
- Laringoscopia (controllo luminosità e lame adeguate)
- Tubi endotracheali neonatali + mandrino + pinza di Magill + silicone
- Controllo app.saturimetro, saturimetri monouso, etere

### **CONTROLLO ASPIRATORE SALA**

- Controllo funzionamento

### **CONTROLLO ELETTROBISTURI**

- Accensione e verifica funzionamento
- Verifica taratura
- Presenza del cavo piastra

### **CONTROLLO TAVOLO (LETTO) OPERATORIO**

- Verifica funzionamento e collegamento alla rete
- Lenzuola correttamente posizionate
- Reggibraccio
- Archetto

### **NOTA 5**

### **PREPARAZIONE CARRELLO STRUMENTARIO E CARRELLO SERVITORE**

**L'infermiera/ostetrica strumentista** indossa cuffia e mascherina chirurgica e i dispositivi per la protezione occhi e prima di effettuare il lavaggio chirurgico delle mani, prepara:

- Il materiale occorrente base all'interno del kit cesareo con tecnica asettica
- Apre il kit teleria sul carrello servitore, liberandolo dall'involucro protettivo in plastica che va recuperato per proteggere la bacinella conta garze, e dai due strati di carta , con tecnica asettica.

<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>	<b>MOTIVAZIONE</b>
1.L'infermiera/ostetrica strumentista indossa i presidi di protezione individuale prima di entrare in sala operatoria	1.Protezione dell'operatore sanitario dai rischi che possono compromettere la sicurezza e la salute durante il lavoro

<p>2.L'infermiera/ostetrica strumentista esegue il lavaggio chirurgico delle mani con detergente antisettico a base di clorexidina (Neoxidina mani)</p> <p>3.Indossa camice sterile e guanti sterili</p> <p>4.Viene allacciata dietro sulle spalle e a livello della vita dal personale di sala (infermiera/ostetrica o oss)</p> <p>5.Apre il telo di confezionamento del kit teleria già posto sul carrello servitore</p> <p>6.Prepara il carrello grande per lo strumentario chirurgico con tre teli: 2 teli sovrapposti coprono l'intero tavolo compreso l'archetto, il 3° copre solo il piano d'appoggio</p> <p>7.Esegue il conteggio dei ferri chirurgici e li dispone sui due carrelli (vedi foto in allegato)</p> <p>8.Esegue il conteggio delle garze e degli aghi</p> <p>9.L'infermiera di sala / ostetrica / Oss annota nell'apposita scheda "Prevenzione di ritenzione garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" (<b>vedi allegato n.5</b>) il conteggio iniziale</p> <p>10.L'infermiera di sala/ostetrica/Oss riempie la ciotola media con il disinfettante iodato</p> <p>11.La strumentista aspira i farmaci per l'anestesia spinale</p>	<p>6.Garantire una barriera adeguata per mantenere la sterilità</p> <p>7.Il conteggio iniziale dei ferri chirurgici e il conteggio a fine intervento permette di evitare la ritenzione di corpi estranei nel campo operatorio</p> <p>8.Il conteggio iniziale delle garze e degli aghi ,il conteggio intraoperatorio e il conteggio a fine intervento garantiscono di evitare la ritenzione di corpi estranei nel campo operatorio</p>
---	---

## **NOTA 6**

### **ESECUZIONE DEL TAGLIO CESAREO**

<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>	<b>MOTIVAZIONE</b>
<p>1. Tutti gli operatori indossano i presidi di protezione individuale prima di entrare in sala operatoria</p> <p><b>A) TRASFERIMENTO DELLA PAZIENTE IN SALA CESAREI E MONITORAGGIO</b></p> <p>2. L'infermiera/ostetrica di sala con l'aiuto dell'OSS fanno entrare in sala la paziente in barella e la posizionano sul letto operatorio: posizione supina, braccio destro esteso verso l'esterno sul reggibraccio</p> <p>3. Monitoraggio della pz. : bracciale della PAO sul braccio sinistro, cavi per ECG applicati ai tre elettrodi, saturimetro al pollice o indice della mano destra</p> <p>4. Collegamento alla via infusiva della soluzione fisiologica 250 ml + 2 fiale di Effortil lasciando chiuso il morsetto del deflussore</p> <p>5. Collegamento del cavo dell'elettrobisturi alla piastra: si accende la luce verde sull'apparecchio che indica il corretto posizionamento</p> <p>6. Rilevazione della Pressione Arteriosa</p> <p><b>B) ESECUZIONE ANESTESIA SPINALE</b></p> <p>7. Posizionare la paziente seduta per l'anestesia spinale, con gambe flesse incrociate sul davanti, braccia conserte sul grembo, spalle rilassate e testa flessa verso il basso, invitandola a spingere in fuori la parte lombare compresa tra L2-L3 e L3-L4</p> <p>8. L'infermiera/ostetrica strumentista esegue la disinfezione della porzione lombare e prepara il campo sterile per l'anestesia spinale</p> <p>9. L'infermiera/ostetrica di sala con l'aiuto dell'Oss mantiene nella corretta posizione la paziente sostenendo le spalle e la testa</p>	<p>1. Per proteggere l'operatore sanitario dai rischi che possono compromettere la sicurezza o la salute durante il lavoro</p> <p>2. Garantire la sicurezza della paziente evitando lesioni da decubito o scorretto posizionamento</p> <p>7. La corretta posizione che la paziente deve assumere è molto importante per il successo dell'anestesia, per favorire l'apertura degli spazi intervertebrali</p>



<p>10. Il medico anestesista esegue l'anestesia spinale</p> <p>11. L'infermiera/ostetrica di sala applica un cerotto sterile sul punto di iniezione dell'anestesia spinale e posiziona immediatamente supina la paziente ponendo un cuneo (cuscinetto) sotto l'anca destra in modo da sollevare il bacino di almeno 45°</p> <p>12. Il braccio destro con la via infusiva endovenosa va esteso esternamente sul reggibraccio</p> <p>13. Il braccio sinistro va bloccato lungo il fianco con il lenzuolo. Il braccio sinistro si estende su un reggibraccio quando vi è applicata la via infusiva endovenosa</p> <p>14. Bloccare gli arti inferiori con la cinghia possibilmente sopra le ginocchia facendo scendere la sacca della diuresi verso il lato sinistro</p> <p>15. Alzare l'archetto reggiteli al di sopra della testa della paziente</p> <p>16. Scoprire il campo operatorio</p> <p>17. L'infermiera/ostetrica di sala sistema la lampada scialitica</p>	<p>11. Il sollevamento del bacino con il cuneo previene la sindrome da compressione della vena cava da parte dell'utero gravido, con diminuzione del ritorno venoso e successiva ipotensione arteriosa, la quale si rivela più intensa se la vasocostrizione riflessa è inibita dal blocco simpatico indotto dall'anestesia spinale (o subaracnoidea)</p>
<p><b>C) INDUZIONE ANESTESIA GENERALE E INTUBAZIONE ORO-TRACHEALE</b></p> <p>18. Il medico Anestesista inizia a somministrare i farmaci utilizzati per l'A.G.: Pentotal o Diprivan; miorilassanti quali il Midarine (Succinicolina); analgesici (Fentanest)</p> <p>19. Posizionare adeguatamente il capo della paziente in iperestensione</p> <p>20. Aspirare eventuali secrezioni del cavo orale</p> <p>21. L'infermiera/ostetrica passa il laringoscopio</p>	<p>18. Induzione farmacologica dell'anestesia generale</p> <p>19. Porre in linea retta l'orifizio buccale e la glottide</p> <p>20. Rendere visibile l'area interessata dalla manovra</p>

<p>aperto e luce funzionante con manico verso l'alto e punta della lama verso la trachea</p> <p>22. L'anestesista introduce il laringoscopio nella cavità orale facendolo avanzare fino alla base della lingua</p> <p>23. L'infermiera/ostetrica verifica la tenuta della cuffia e lubrifica adeguatamente con silicone spray il tubo prima di passarlo al medico. Predisporre il materiale utile in caso di intubazione difficoltosa quali: pinza di Magill, mandrino. Quindi passa il tubo del calibro richiesto dall'anestesista</p> <p>24. L'anestesista procede all'intubazione</p> <p>25. L'infermiera/ostetrica gonfia la cuffia con siringa da 5 ml contenente 4 ml di aria: sempre senza superare i valori di 20-30 cm H<sub>2</sub>O (verifica con manometro)</p> <p>26. Collegamento del tubo al catetere mount del circuito del respiratore artificiale</p> <p>27. L'anestesista ausculta la ventilazione dei campi polmonari della paziente</p> <p>28. Inserimento della cannula di Guendel e fissaggio del tubo con cerotto</p>	<p>22. Visualizzare l'epiglottide e le corde vocali</p> <p>23. Individuare eventuali difetti del tubo endotracheale</p> <p>25. Permettere la tenuta del tubo, evitando possibili inalazioni di materiale gastrico. Pressioni superiori possono provocare ischemia e lesioni della parete tracheale con possibili esiti necrotici e stenotici</p> <p>27. Verificare l'omogenea ventilazione di entrambi i campi polmonari: se l'estremità del tubo supera la carena, si corre il rischio di ventilare un solo polmone, esponendo il contro laterale a possibile atelectasia</p> <p>28. Mantenere in sede il tubo</p>
<p><b>D) ESECUZIONE TAGLIO CESAREO</b></p>	
<p>29. Disinfezione e delimitazione con teli sterili del campo operatorio da parte dei chirurghi: 3 lenzuola, 2 telini, 1 telo buco che vanno fissati con 2 backause</p> <p>30. L'infermiera/ostetrica strumentista sta alla destra del 1° operatore con il carrello grande dello strumentario chirurgico sulla sua sinistra (la strumentista può posizionarsi alla sinistra del 1° operatore in caso di necessità dell'anestesista di</p>	

reperire durante l'intervento un accesso venoso o arterioso sul braccio sinistro della pz, oppure su richiesta del chirurgo)

31. Il carrello servitore viene posto ai piedi del letto operatorio

32. Collegamento del tubo aspiratore: l'estremità con la cannula di aspirazione va fissata con 1 backause sui teli sterili all'altezza delle gambe della paziente, mentre l'estremità distale del tubo viene data all'infermiera/ostetrica di sala che la collega al dispositivo monouso di aspirazione sull'apertura contrassegnata "patient" assicurandosi che le altre aperture siano ben chiuse

33. L'infermiera/ostetrica di sala collega lo spinotto del manopolo dell'elettrobisturi all'apparecchio e la strumentista ne verifica il funzionamento

34. I medici chirurghi eseguono l'intervento di taglio cesareo (**vedi allegati "Tecnica di escuzione del Taglio Cesareo" e "Tempi del Taglio Cesareo"**)

35. Durante l'intervento l'infermiera/ostetrica di sala collabora con il medico anestesista in caso di induzione anestesia generale con IOT, esecuzione esami ematochimici e trasfusione intraoperatoria

36. Durante l'intervento il personale di sala esegue la conta delle garze utilizzate ed eliminate dal campo operatorio dichiarandone la quantità alla strumentista: 1) al momento del secondamento della placenta, 2) al momento della chiusura del peritoneo parietale, 3) a chiusura avvenuta della fascia muscolare

37. Il personale di sala prontamente recupera eventuali ferri chirurgici che dovessero cadere a terra ponendoli nell'apposito box per i ferri sporchi

38. L'infermiera/ostetrica di sala esegue il prelievo di sangue funicolare dal cordone ombelicale e firma apposito modulo

39. L'infermiera/ostetrica di sala provvede a raccogliere i pezzi anatomici negli appositi contenitori

<p>per esame istologico, inserendo il liquido di conservazione (formaldeide), e ponendo l'etichetta della paziente segnando la data, il reparto, e la descrizione del contenuto. Mette il contenitore nell'apposita frigoteca per pezzi anatomici</p> <p>40. Il personale di sala esegue il gonfiaggio della vescica su richiesta del chirurgo</p> <p>41. A fine intervento il modulo per la conta delle garze viene firmato dal 1° chirurgo, dall'infermiera/ostetrica strumentista e dall'infermiera/ostetrica/Oss di sala che ha eseguito la conta</p> <p>42. Al termine dell'intervento l'infermiera/ostetrica di sala applica i cerotti Tegaderm per fissare la medicazione della ferita chirurgica. La medicazione della ferita laparotomia viene effettuata utilizzando garze sterili senza filo di bario.</p> <p>43. L'infermiera/ostetrica di sala aiuta la strumentista ad eseguire la spremitura dell'utero con lavaggio della zona perineale e lasciando 2 o 3 assorbenti</p> <p>44. La paziente viene scollegata dal monitor e trasferita sulla barella adibita al trasporto, mediante l'apposito presidio per la movimentazione dei pazienti (materassino rosso)</p> <p>45. La paziente viene spostata nella sala RCU adibita a sala "risveglio" per il monitoraggio nell'immediato post-operatorio</p> <p>46. L'infermiera/ostetrica strumentista provvede a raccogliere tutti i ferri sporchi nell'apposito box, esegue la decontaminazione, compila il modulo per il Centro Sterilizzazione, quindi invia kit e box ponendoli nell'apposito armadio posto fuori dell'UO</p> <p>47. Raccogliere tutto il materiale monouso utilizzato e contaminato negli appositi contenitori per i rifiuti a rischio infettivo</p> <p>48. L'Oss provvede a smaltire i contenitori per i rifiuti a rischio infettivo e a raccogliere la teleria utilizzata durante l'intervento, negli appositi sacchi</p>	<p>40. Valutazione dell'integrità della vescica</p> <p>42. per evitare falsi positivi in caso di rx di controllo per conta delle garze non corrispondente (come descritto nella procedura della conta delle garze).</p>
---	---

<p>49.All'Oss spetta la pulizia e disinfezione degli apparecchi elettromedicali: Isola neonatale con cambio dei vasi di aspirazione e dell'ambù pediatrico; dei cavi del monitor e del cavo piastra; pulizia e disinfezione letto operatorio, carrelli e pavimento</p> <p>50. Terminate tutte le procedure operative, lavarsi le mani</p> <p>51.Preparazione del letto operatorio e ripristino della Sala Cesarei da parte dell'infermiera/ostetrica in collaborazione con l'Oss</p>	<p>51. La Sala Cesarei deve essere sempre pronta per ogni eventuale taglio cesareo emergente</p>
--	--

## **NOTA 7**

### **MONITORAGGIO POST-OPERATORIO**

A fine intervento l'infermiera/ostetrica monitorizza la paziente nella zona risveglio (Sala Raschiamenti) per almeno 2 ore dalla fine del TC e provvede al:

- Controllo Parametri Vitali: PAO, FC, Saturazione O2
- Controllo diuresi
- Esecuzione Terapia post-operatoria
- Controllo contrattilità dell'utero (compito dell'ostetrica)
- Controllo delle perdite vaginali (compito dell'ostetrica)
- Controllo eventuali drenaggi
- Eventuale esecuzione di esami ematochimici urgenti
- Eventuale posizionamento di borsa di ghiaccio
- Eventuale posizionamento coperta ad aria riscaldata
- Compilazione scheda post-partum

## **8.0 RESPONSABILITA'**

La responsabilità della preparazione della paziente a taglio cesareo elettivo è dell'infermiera/ostetrica.

In caso di taglio cesareo urgente la paziente viene preparata dall'ostetrica dedicata alla sala parto.

La responsabilità della preparazione del materiale occorrente, controllo e preparazione sala cesarei, assistenza ai medici chirurghi ed anestesisti, monitoraggio post-operatorio è dell'infermiera/ostetrica dedicata alla sala cesarei.

La responsabilità del monitoraggio cardiocografico preoperatorio, del controllo dell'isola neonatale, dell'assistenza al neonato e del controllo dei parametri ostetrici postoperatori è dell'ostetrica dedicata alla sala parto.

L'OSS collabora con il personale ostetrico/infermieristico come assistente di sala ed è responsabile dello smaltimento dei rifiuti a rischio infettivo, della biancheria sporca, della pulizia della sala.

## **9.0 TEMPI DI ATTUAZIONE**

La seguente procedura è stata sottoposta a revisione ed entra a vigore a partire dal 02/05/2010.

## **10.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

1. [www.nadironlus.org/download/gravidanza.pdf](http://www.nadironlus.org/download/gravidanza.pdf)
2. Programma nazionale linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità: Guida ai servizi clinici di prevenzione.
3. Raccomandazioni dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta 2002.
4. C.Paganotti et ai. PARTORIRE OGGI:IL TAGLIO CESAREO, Progetto Salute, Paderno Franciacorta, 1996-97.
5. <http://Anestit.unipa.it/anestit/esiait/1099>
6. [www.gynecoline.net](http://www.gynecoline.net)
7. [www.salus.it/anest/subost](http://www.salus.it/anest/subost)
8. Linee Guida Azienda Ospedaliera Padova/ULSS 16 Procedura assistenziale "Gestione del paziente sottoposto a intubazione tracheale" 28 febbraio 2005
9. Sinossi di anestesia e rianimazione – D.Polato E.Vincenti - Ed. La Garangola – 1986
10. Azienda Ospedaliera di Padova-ULSS 16 Padova – Struttura interaziendale Servizio dell'Assistenza – "Linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie" maggio 2004
11. Linee Guida sul Taglio Cesareo – dicembre 2006 – Laziosanità
12. [www.salutedonna.it/taglio%20cesareo.htm](http://www.salutedonna.it/taglio%20cesareo.htm)

## **11. Allegati:**

N.1 TECNICA DI ESECUZIONE DEL TAGLIO CESAREO

N.2 TEMPI TAGLIO CESAREO

N.3 FOTO DISPOSIZIONE FERRI CHIRURGICI

3a carrello strumentario grande

3b carrello servitore

N.4 ELENCO FERRI CHIRURGICI KIT CESAREO

N.5 PROTOCOLLO PER LA CONTA DELLE GARZE

5a PROTOCOLLO CONTA GARZE

5b SCHEDA PER LA PREVENZIONE DELLA RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTARIO O ALTRO MATERIALE NEL SITO CHIRURGICO

N.6 SCHEDA MONITORAGGIO POST-PARTUM