

PRELIEVO DI CAMPIONI EMATICI PRE-EMODILUIZIONE

CANDIDATI AL PRELIEVO	TIPOLOGIA DI PRELIEVO	MODALITA' DI CONFEZIONAMENTO E INVIO CAMPIONI	ACCETTAZIONE CAMPIONI E TEMPI DI STOCCAGGIO
Pazienti con lesione cerebrale a rischio di evolutività prima di infusioni massive di emoderivati e/o espansori plasmatici	n° 3 provette con gel separatore e K2 EDTA n° 2 provette in gel separatore con attivatore della coagulazione	Provette etichettate con le generalità del paziente, data e ora del prelievo e la firma del prelevatore. Inviare in transbag accompagnate dai moduli OTT/SR/002 e T.07, compilati in ogni sua parte - dalle ore h. 8 alle h. 13 dei giorni feriali (inteso come orario presunto di arrivo delle provette) inviare i campioni presso il Centro NAT del Centro Trasfusionale (S. Chiara) attivando il garage Tel.2284 - Dalle h 13 alle h 20 dei giorni feriali e nei festivi le provette prelevate dovranno essere conservate, nel frigo del Reparto, a +4°C per essere inviate quanto prima, nell'orario sopra previsto.	Il Laboratorio accettante verificata la conformità dei campioni e della documentazione di corredo restituisce il modulo di accettazione al reparto inviante e al Fax 5722. Nel caso venga riscontrata una non conformità quest'ultima deve essere risolta prima di procedere allo stoccaggio dei campioni I campioni non utilizzati saranno automaticamente smaltiti dopo 30 giorni dalla data di prelievo mentre quelli esaminati verranno inviati all'Archivio Biologico di Cisanello

Az. Osp. – Univ. Pisana	DIAGNOSI E ACCERTAMENTO DELLA MORTE ENCEFALICA	D.V.01/P.A.34 Rev. 02 del 01/12/2010 Pag. 2 di 3
------------------------------------	---	--

SEGNALAZIONE DELLA MORTE ENCEFALICA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medico reperibile della DS (U.O. POCAS): dalle 8,00 alle 14,00 Tel 5903-5904, dalle 14,00 alle 8,00 Tel . 2111 ▪ Coordinatore Locale Medico e/o Infermieristico per la Donazione di organi e Tessuti: Dr Bozzi Tel. 4703, Dr.ssa Saviozzi Tel. 4753 ▪ CRAOT: Tel 055/7947293 Cell.3482810142

MANTENIMENTO DEL PAZIENTE IN MORTE ENCEFALICA	
FUNZIONE DA CONTROLLARE	MODALITA' DI EFFETTUAZIONE
Controllo della funzione respiratoria	nei potenziali donatori di polmone applicare una ventilazione cosiddetta "protettiva", caratterizzata da: Bassa pressione inspiratoria di picco (PIP) + PEEP fisiologica + TV < 10 ml/Kg (6-8 ml/Kg) + FiO2 più bassa possibile, al fine di garantire: PaO2/FiO2 > 300 con PaCO2 = 40 mmHg e pH fisiologico (GOLD STANDARD). Sono consigliate manovre di reclutamento dopo i test di apnea. Per il test dell'apnea, è auspicabile ricorrere a quelle procedure che non espongono al rischio di collassi alveolari.
Controllo dello stato circolatorio	Controllo dell'equilibrio emodinamico del potenziale donatore attraverso <u>l'ottimizzazione della volemia</u> e della pressione arteriosa: PAS>=100mmHg o PAM>60mmHg, PVC compresa tra 8 e 12, FC compresa tra 80 e 100 battiti/m', in assenza di aritmie gravi; per il riempimento vascolare utilizzare espansori plasmatici (albumina solo se il la concentrazione plasmatica è <2g%, trasfusioni solo se Hb <9gr/dl e Htc<28%). <u>Infondere farmaci inotropi solo dopo</u> aver escluso ipovolemia e squilibri sia acido-base che elettrolitici: <i>la dopamina</i> in dose superiore a 10 microg/Kg/min provoca vasocostrizione generalizzata che deve essere evitata, la <i>Noradrenalina</i> da utilizzare a dosaggi <0,1/Microg/Kg/min, la <i>dobutamina</i> a dosi fino a 10 microg/Kg/min provoca aumento della contrattilità miocardica associato a moderata diminuzione delle resistenze vascolari periferiche, lieve tachicardia, aumento del trasporto e del consumo di ossigeno, la <i>vasopressina</i> in infusione (1-2 U/ora) sembra favorire la stabilità emodinamica a dosaggi aminici decisamente inferiori.Nei rari casi di <u>ipertensione persistente</u> con PAS > 200 mmHg e/o PAM > 110 mmHg, si può infondere un beta-bloccante a breve durata di azione (esmololo).
Controllo della funzione renale e del bilancio idro-elettrolitico	La diuresi oraria deve essere mantenuta tra 1 e 2 ml/Kg/h. Il mancato raggiungimento di questo valore deve essere corretto: controllando la stabilità emodinamica e somministrando diuretici d'ansa. La poliuria (in assenza di fattori causali quali glicosuria o eccesso di diuretici) è indice di diabete insipido e causa di disidratazione, ipovolemia, ipotensione, ipersodiemia, ipopotassiemia, iperosmolarità plasmatica. Essa richiede somministrazione di fluidi ipotonici, di desmopressina e di vasopressina. Le variazioni della Natriemia causano alterazioni dell'osmolarità plasmatica mentre quelle della Kaliemia hanno soprattutto effetti miocardici e sono conseguenza frequente della poliuria pertanto eventuali alterazioni devono essere monitorate e corrette.
Controllo della funzione epatica	Tutti i farmaci ad azione vasocostrittiva (ivi compresi gli alti dosaggi di dopamina), sono indirettamente lesivi per il parenchima epatico.
Controllo metabolico	Monitoraggio di EGA e glicemia
Controllo della TC	Monitoraggio della TC e utilizzo di teli termici, termoconvettori ecc.

Az. Osp. – Univ. Pisana	DIAGNOSI E ACCERTAMENTO DELLA MORTE ENCEFALICA	D.V.01/P.A.34 Rev. 02 del 01/12/2010 Pag. 3 di 3
------------------------------------	---	--

ACCERTAMENTO DELLA MORTE ENCEFALICA	
TIPOLOGIA DI INDAGINE	MODALITA' DI EFFETTUAZIONE
EEG	assenza di attività elettrica di origine cerebrale spontanea e provocata, di ampiezza superiore a 2 micro Volts su qualsiasi regione del capo per una durata continuativa di 30 minuti
Riflesso corneale	stimolazione del margine esterno delle cornee in seguito alla quale non devono essere presenti movimenti palpebrali o lacrimazione
Riflesso fotomotore	testa con luce intensa il riflesso diretto (omolaterale) o consensuale (controlaterale)
Riflesso oculovestibolare	solleva a 30° la testa del soggetto in ME e si somministrano attraverso il canale uditivo 50-100 cc di acqua fredda; i bulbi oculari non devono presentare alcun movimento
Riflesso carenale	stimolazione della mucosa tracheale con un sondino da broncoaspirazione in seguito alla quale non deve presentarsi tosse
Riflesso faringeo	stimolazione con un abbassalingua del palato molle, della parte posteriore della lingua e/o della faringe: a seguito di tale manovra non deve presentarsi conato di vomito
Test di apnea	sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di 60mmHg con pH ematico minore di 7,4 (generalmente in 1 minuto la PCO ₂ aumenta di 2 mmHg). Durante la sospensione della ventilazione artificiale o si somministra O ₂ puro a flusso elevato attraverso la cannula tracheale oppure si attacca alla cannula tracheale il vai e vieni a O ₂ al 100% con valvola espiratoria semiaperta
CONCLUSIONE/INTERRUZIONE ACCERTAMENTO	MODALITA DI CERTIFICAZIONE
Interruzione dell'accertamento per ACR	Redazione, in triplice copia, e firma da parte dei componenti il collegio, dell'apposito verbale T03/PA34.
Interruzione dell'accertamento per il venir meno di una delle condizioni previste	Redazione, in triplice copia, e firma da parte dei componenti il collegio, dell'apposito verbale T01/PA34.
Conclusione dell'accertamento	Redazione, in triplice copia, e firma da parte dei componenti il collegio, dell'apposito verbale T02/PA34.