

GESTIONE DEL TERZO E QUARTO STADIO DEL PARTO

1.	Lista di distribuzione	1
2.	Emissione	1
3.	Scopo	1
4.	Campo di applicazione	2
5.	Riferimenti	2
6.	Definizioni	3
7.	Responsabilità e azioni	3
8.	Strumenti di registrazione	6

1. Lista di distribuzione

La presente istruzione operativa è messa a disposizione di tutto il personale dell'Azienda-Ospedaliera.

La presente istruzione operativa viene pubblicata sul sito aziendale, pertanto ogni versione cartacea della stessa non garantisce la versione aggiornata.

2. Emissione

Rev.	Descrizione Modifiche	Data Approvazione	Redazione	Firma Verifica	Firma Approvazione
0	05/07/20018 Prima redazione		Gruppo di redazione DR. Servello Tarcisio, Dr Azzerboni Andrea, C.F.F.Ostetrica Suni Angela Cucinotta Giuseppe	Dr Servello Tarcisio	Direttore ad Interim Dr. Costarella Salvatore Maria

Gruppo di redazione:

3. Scopo

Garantire un piano di assistenza appropriato alla donna gravida

Il percorso assistenziale si propone di:

- uniformare i comportamenti degli operatori sanitari
- assicurare la continuità, il coordinamento dell'assistenza, la comunicazione tempestiva e completa tra gli operatori e la donna assistita
- rendere rintracciabili e verificabili le azioni assistenziali e terapeutiche intraprese attraverso la documentazione clinica.

4. Campo di applicazione

Viene applicata nel Punto Nascita dell'Azienda Ospedaliera dall'Equipe assistenziale nella gestione della gravida nel terzo stadio del travaglio/parto e nel periodo successivo al parto.

5. Riferimenti

Linee Guida:

WHO *"Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage"* - 2012

NHS: *"Guideline for the management of postpartum haemorrhage and massive obstetric haemorrhage"* - June 2009

WHO *"Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta."* 2009

AOGOI: *"Emorragia post-partum: la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento"* 2009

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: *"Prevention and management of postpartum haemorrhage"* - Green-top Guideline n .52 May 2009

National Guideline Clearinghouse: *"Postpartum hemorrhage"* ACOG 2008

National Collaborating Center for Women's and children's health *"Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth"* Clinical Guidelines September 2007

ACOG Practice Bulletin: *"Postpartum Hemorrhage"* Clinical Management Guidelines for Obstetricians-Gynecologists N°. 76 October 2006

Clinical Practice Obstetrics Committee and approved by Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: *"Hemorrhagic shock"* No. 115, June 2002

Articoli: ..

M.C. Gutierrez, a L.T. Goodnough, b M. Druzin, c A.J. Butwicka : *"Postpartum hemorrhage treated with a massive transfusion protocol at a tertiary obstetric center: a retrospective study"* International Journal of Obstetric Anesthesia 2012

Marian Knight, William M Callaghan, Cynthia Berg, Sophie Alexander, Marie-Helene Bouvier-Colle, Jane B Ford, KS Joseph, Gwyneth Lewis, Robert M Liston, Christine L Roberts, Jeremy Oats and James Walker: *"Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group"* - BMC Pregnancy and Childbirth 2009

LEDUC d, Senikas V, Lalonde AB. *Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage, RCOG green-top, Guideline n °52 May 2009*

Ministero della Salute: *"Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto"* con *"documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"* - 2008

R. Corosu, R. Tillo: *"Emorragia post-partum: evidenze scientifiche"* - Roma 2008

World Federation of Societies of Anesthesiologists: *"Management of obstetric haemorrhage anaesthesia tutorial of the week 41"* - 2007

J. M. Anderson, D. Etches: *"Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage"* American Family Physician 2007

Altro:

Robert L. Barbieri: *"Planning reduces the risk of maternal death. This tool helps."* - OBG Management August 2009

~ , ~ Lombardia: *"Emergenze emorragiche in ostetricia procedure ed organizzazione dell'assistenza operativa"*

6. Definizioni

EPP = emorragia post partum

BASSO RISCHIO= perdita ematica <500cc e senza fattori di rischio per emorragia postpartum

A RISCHIO= perdita ematica >500 e/o presenza di fattori di rischio per emorragia postpartum

7. Responsabilità e azioni

Fase	Nome fase	Responsabile
1	Management assistenziale del 3° stadio: - gestione attiva del terzo stadio - stima perdita ematica	Ostetrica, Medico Ginecologo
2	Profilassi nel parto vaginale: - prescrizione per la profilassi nella paziente a rischio basso - prescrizione per la profilassi nella paziente a rischio medio e alto	Medico Ginecologo, Ostetrica
3	Profilassi nel parto cesareo	Medico Ginecologo, Ostetrica, Infermiere addetto all'anestesia
4	Management assistenziale nel 4 stadio del parto: - monitoraggio fenomeni generali e locali - compilazione documentazione sanitaria	Ostetrica

Fase 1 Management assistenziale del 3 stadio

A) Gestione 3° stadio.

L'assistenza al secondamento del **III** stadio prevede sempre l'esecuzione di una profilassi farmacologica (vedi punto successivo)

Per ciò che concerne le altre due componenti del trattamento attivo del terzo stadio (trazione controllata sul cordone ombelicale e clampaggio precoce dello stesso) gli operatori della sala parto potranno decidere di applicarle o meno, .. secondo le circostanze e la loro personale esperienza.

C) Stima perdita ematica.

E' considerata nella norma una perdita ematica fino a 500 ml

La stima accurata della perdita ematica al secondamento deve avvenire secondo regole che appartengono ad uno standard ben consolidato. La precisa definizione della quantità di sangue perso è determinante al fine della prevenzione della PPH e della sua evoluzione grave e dello sviluppo della coagulopatia da consumo, in quanto permette di attivare in tempi appropriati l'integrazione dei liquidi e del sangue perso.

E'consigliato l'utilizzo di una delle procedure descritte.

PROCEDURA PER LA STIMA DELLA PERDITA EMATICA AL PARTO	
cc. raccolti con sacca trasparente	Sacca sterile graduata trasparente messa in raccolta dopo l'espulsione totale fetale prima del seconda mento
Peso falde sporche	1 garza grande pulita peso cc. ..
Pannolini	1 pannolino pieno = circa 100 cc

Un altro elemento in grado di aiutare ad effettuare una stima appropriata della perdita ematica è la valutazione del quadro emodinamico della donna, in base ai parametri descritti nella tabella seguente:

Perdita ematica	Pressione sistolica	Segni e sintomi	Grado dello shock
500-1000 ml (10-15%)	Normale	Palpitazioni, tremori, tachicardia	Compensato
1000-1500 ml (15-25%)	Leggero decremento (80-100 mmHg)	Debolezza, sudorazione, tachicardia	Lieve
1500-2000 ml (25-35%)	Forte decremento (70-80 mmHg)	Agitazione, pallore, oliguria	Moderato
2000-3000 ml (35-45%)	Profondo decremento (50-70 mmHg)	Collasso, fame d'aria, anuria	Grave

La perdita ematica può essere influenzata da fattori di rischio, quali:

PREGRAVIDICI:

- Età materna avanzata (>40 anni, non multipara)
- Etnia asiatica
- Obesità (BMI >35)
- Anomalie uterine (anomalie congenite, fibromi)
- Disturbi della coagulazione materna:
 - o Malattia di Von Willebrand
 - o Porpora trombocitopenica idiopatica
- Precedente PPH o ritenzione di placenta

GRAVIDICI

- o Trombocitopenia da preeclampsia ipertensione gestazionale
- o Coagulazione intravascolare disseminata (CID)
- Anemia con Hb < 9g/dl all'inizio del travaglio
- Emorragia antepartum associata a:
 - o Distacco di placenta sospetto o certo
 - o Diagnosi di placenta previa
- Eccessiva distensione dell'utero:
 - o Gravidanza multipla
 - o Polidramnios
 - o Macrosomia (> 4000g)
- Morte fetale intrauterina

INTRAPARTUM:

- Parto precipitoso
- Travaglio prolungato oltre 12 ore (primo, secondo o terzo stadio)
- Corionamnionite, iperpiressia in travaglio
- Embolia da liquido amniotico CID
- Inversione uterina
- Trauma del tratto genitale (per esempio episiotomia, rottura d'utero)
- Uso di ossitocina (induzione o accelerazione del travaglio)
- Parto vaginale operativo
- Manovra di Kristeller
- Taglio cesareo con rischio maggiore in caso di cesareo d'emergenza (per esempio distensione o lacerazioni per mal presentazione o impegno profondo della parte presentata)

POSTNATALE:

Ritenzione di prodotti del concepimento (per esempio placenta, cotiledoni o lobi succenturiati, membrane o coaguli)

Embolia da liquido amniotico /CID

Ipotonia indotta da farmaci (per esempio anestetici, magnesio solfato)

Sovradistensione vescicale che ostacola la contrattilità uterina

Fase 2 Profilassi nel parto vaginale

A) <500 senza fattori di rischio):

Sono segnalate in letteratura le seguenti opzioni

somministrazione di una fiala di metilergometrina 0,2 mg. più una fiala di ossitocina (5 UI) intramuscolo al coronamento della spalla fetale e comunque prima dell'avvenuto seconda mento a tutte le donne che partoriscono;

somministrazione nelle donne con controindicazioni all'uso della metilergometrina (ipertensione, allergia, ecc.) di due fiale intramuscolo di ossitocina (10 UI) al coronamento della spalla fetale e comunque prima dell'avvenuto seconda mento (gruppo 2);

Qualora la perfusione ossitocica sia in corso al momento del parto (10 Unità Internazionali in 500 millilitri di soluzione fisiologica), continuarla per almeno 1 ora alla velocità di 125 ml/h.

B) prescrizioni per la profilassi nella paziente a rischio (con fattori di rischio e/o perdita ematica >500):

somministrare la profilassi come indicato nelle pazienti a basso rischio e inoltre somministrare per via endovenosa 20 Unità Internazionali di ossitocina diluite in 500 ml di soluzione fisiologica in 4-5 ore (100-125 ml/h)

Fase 3 Profilassi nel parto cesareo

∴ somministrare 5 Unità Internazionali di Ossitocina in bolo lento per via endovenosa al secondamento della placenta e, a seguire, 10 Unità Internazionali di ossitocina in 500 millilitri di fisiologica a velocità di 125 ml/h per 3-4ore.

Fase 4 Management assistenziale nel 4 stadio del parto

B) Gestione 4° stadio

L'attenta sorveglianza della donna nelle prime 2 ore del post-partum e la promozione di un precoce attaccamento del neonato al seno materno rappresentano azioni raccomandabili per la prevenzione e la precoce individuazione di eventuali sanguinamenti anomali.

A) monitoraggio fenomeni generali e locali.

Si propone:

Perdita ematica <500cc senza fattori di rischio: minimo n° 3 (0'- 30'- 60' e/o alla dimissione) controlli nelle due ore successive al parto

Perdita ematica >500 ma <1500: minimo n° 5 controlli (0'-15'-30'-60'-90' e/o alla dimissione) nelle due ore successive al parto con stabilizzazione dei parametri vitali entro 2/3 ore;

Perdita ematica > 1500 o instabilità emodinamica: controllo intensivo

Si riporta scheda modificata:

Perdita ematica al parto	CC	PA	FR	TC	SPO2	LOCHI	F.U.	NOTE
1 controllo								
2 controllo								
3 controllo								
4 controllo								
5 controllo								

B) Compilazione della documentazione clinica

Ogni professionista è tenuto a documentare l'attività assistenziale nella specifica documentazione sanitaria al fine di rendere rintracciabili e verificabili le azioni assistenziali e terapeutiche intraprese

8. Strumenti di registrazione

1. Partogramma modificato
2. Scheda di sorveglianza intensiva modificato

