



Presentazione della linea guida “Prevenzione e trattamento della emorragia del post partum”

# La prevenzione

Irene Cetin

- *AGUI* -

*Roma 24 ottobre 2016*

*Aula Pocchiari - Istituto Superiore di Sanità*

## **LLGG: emorragia primaria del post partum\*°**

- **EPP minore:** perdita ematica stimata **500 - 1.000 ml**
- **EPP maggiore:** perdita ematica stimata **>1.000 ml**

**EPP maggiore controllata** in caso di perdita ematica controllata, con compromissione delle condizioni materne che richiede un monitoraggio attento;

**EPP maggiore persistente** in caso di perdita ematica persistente e/o segni di *shock* clinico con una compromissione delle condizioni materne che comporta un pericolo immediato per la vita della donna.

\* **nelle prime 24 ore dopo il parto o il taglio cesareo**

° in analogia a quella proposta dal *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists* (RCOG) e dallo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN)

## RACCOMANDAZIONE

Considerata la scarsa accuratezza della stima visuale della perdita ematica, per valutare la gravità dell'EPP si raccomanda di prendere in considerazione oltre ai metodi di quantificazione – sacche trasparenti graduate, peso di garze e teli, poster visuali – anche i sintomi, i segni clinici dell'ipovolemia e il grado di *shock*.

raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del *panel*

- ✓ sacche trasparenti graduate
- ✓ peso di garze e teli
- ✓ poster visuali
- ✓ sintomi e segni clinici dell'ipovolemia e grado di shock

## Prevenzione della EPP

- **Fattori di rischio**
- Interventi per ridurre il rischio di EPP nelle donne a rischio
- Prevenzione e trattamento della EPP nelle donne che rifiutano trasfusioni di sangue
- Ridurre la perdita ematica nel parto vaginale
- Ridurre la perdita ematica nel taglio cesareo

## Fattori di rischio **identificabili** durante la gravidanza

- ✓ migliore organizzazione dell'assistenza
- ✓ scelta di un centro nascita adeguato a complessità assistenziale

<i>Fattori di rischio</i>	<i>Eziologia</i>	<i>Odds ratio (95% CI)</i>	<i>Riferimenti bibl.</i>
Gravidanza multipla	Tono	3,3 (1,0-10,6) 4,7 (2,4-9,1)	Combs et al., 1991a Sosa et al., 2009
Precedente EPP	Tono	3,6 (1,2-10,2)	Combs et al., 1991a
Preeclampsia	Trombina, Tono	5,0 (3,0-8,5) 2,2 (1,3-3,7)	Combs et al., 1991a Combs et al., 1991b
Peso alla nascita >4.000 gr	Tono	2,11 (1,62-2,76) 2,4 (1,9-2,9)	Bais et al., 2004 Sosa et al., 2009

# Fattori di rischio **identificabili** durante il travaglio e il parto

Mancata progressione del secondo stadio	Tono	3,4 (2,4- 4,7) 1,9 (1,2-2,9)	Sheiner et al., 2005 Combs et al., 1991b
Prolungamento del terzo stadio del travaglio	Tono	7,6 (4,2-13,5) 2,61 (1,83-3,72)	Combs et al., 1991a Bais et al., 2004
Placenta ritenuta	Tessuto	7,83 (3,78-16,22) 3,5 (2,1-5,8) 6,0 (3,5-10,4)	Bais et al., 2004 Sheiner et al., 2005 Sosa et al., 2009
Placenta accreta	Tessuto	3,3 (1,7-6,4)	Sheiner et al., 2005
Episiotomia	Trauma	4,7 (2,6-8,4) 2,18 (1,68-2,76) 1,7 (1,2-2,5)	Combs et al., 1991a Bais et al., 2004 Sosa et al., 2009
Lacerazione perineale	Trauma	1,4 (1,04-1,87) 2,4 (2,0-2,8) 1,7 (1,1-2,5)	Bais et al., 2004 Sheiner et al., 2005 Sosa et al., 2009

- Si raccomanda di **prendere in esame i fattori di rischio per EPP** in ogni donna assistita durante l'assistenza in gravidanza e al momento del ricovero per il parto
- Si raccomanda che tutte le donne a rischio di EPP per le seguenti condizioni: precedente EPP, placenta previa, sospetta placentazione anomala invasiva e preeclampsia grave, vengano **indirizzate a strutture sanitarie di livello appropriato** per la gestione della complessità assistenziale e monitorate con particolare attenzione durante il post partum

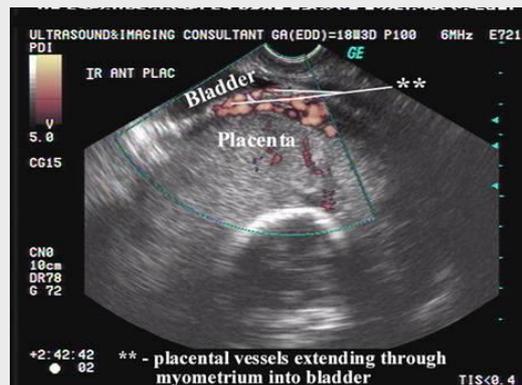
***raccomandazione di buona pratica clinica, basata sull'esperienza del panel***

- Si raccomanda di indagare **la localizzazione placentare** in tutte le donne, in occasione dell'ecografia di screening del **secondo trimestre** e, qualora indicata, in occasione di quella del **terzo trimestre** al fine di poter individuare eventuali difetti di placentazione anomala e/o casi di placentazione anomala invasiva
- Si raccomanda di determinare in tutte le donne con precedente taglio cesareo la **localizzazione della sede di impianto del sacco gestazionale**, in occasione dell'ecografia ostetrica del **I trimestre** per escludere una gravidanza su cicatrice da taglio cesareo

***raccomandazione di buona pratica clinica, basata sull'esperienza del panel***

Assenza di bordo ipoecogeno tra placenta e miometrio

Interruzione della zona iperecogena all'interfaccia tra sierosa e vescica



Aspetto pseudotumorale

Presenza di lacune vascolari placentari



- L' **anemia** è stata individuata tra i fattori di rischio per atonia uterina (OR 2,46, IC 95%: 0,92-6,56) (**Wetta 2013**)
- Alle donne in gravidanza va offerto lo **screening dell'anemia**
- In caso di anemia sideropenica la **supplementazione di ferro** per via orale è il trattamento di prima scelta

***raccomandazione forte, con prove di bassa qualità***

## Donne che **rifiutano trasfusioni di sangue**

- Si raccomanda di **raccogliere informazioni** sull'orientamento della donna per quanto riguarda l'accettazione di trasfusioni e di tecniche di recupero intraoperatorio del sangue in occasione della prima visita prenatale
- Si raccomanda di **ottimizzare** prima del parto la concentrazione emoglobinica nelle donne che rifiutano trasfusioni
- Si raccomanda di inserire **un elenco di tutti gli emoderivati** accettabili per la paziente nella cartella clinica della donna che rifiuta trasfusioni
- Si raccomanda di **considerare precocemente** l'utilizzo di farmaci e procedure meccaniche e chirurgiche per evitare il ricorso a trasfusioni di emocomponenti nelle donne che rifiutano trasfusioni

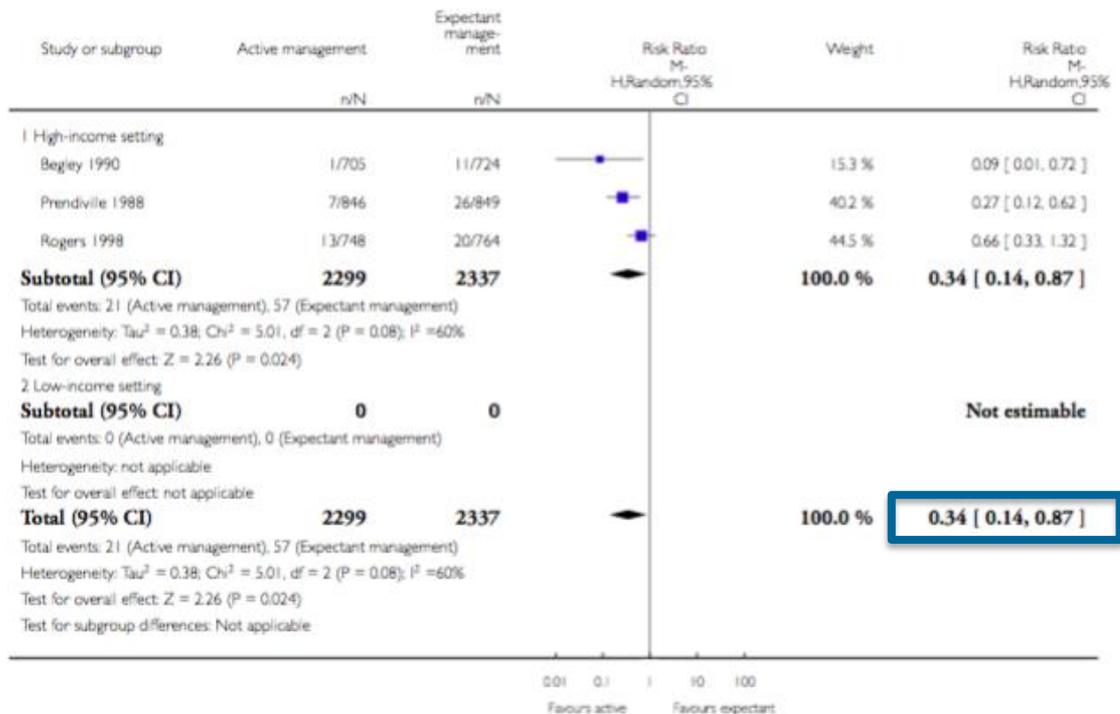
***raccomandazione di buona pratica clinica, basata sull'esperienza del panel***

**Analysis 1.1. Comparison 1 Active versus expectant management of 3rd stage of labour (all women), Outcome 1 Severe primary postpartum haemorrhage (PPH) at time of birth (clinically estimated or measured blood loss  $\geq 1000$  mL).**

Review: Active versus expectant management for women in the third stage of labour

Comparison: 1 Active versus expectant management of 3rd stage of labour (all women)

Outcome: 1 Severe primary postpartum haemorrhage (PPH) at time of birth (clinically estimated or measured blood loss  $\geq 1000$  mL)



## trattamento attivo

1. uterotonici
2. clampaggio immediato del funicolo
3. trazione controllata del cordone

**outcome:**  
perdita ematica  
>1000 ml

## ◆ **Trattamento attivo del III stadio del travaglio**

Si raccomanda di **spiegare alla donna prima del parto** le diverse opzioni per la gestione del terzo stadio e di **consigliarle la somministrazione di ossitocina** perché é associata a un rischio ridotto di emorragia del post partum (**10 UI di ossitocina IM dopo l'espulsione della spalla anteriore**)

Si raccomanda nel caso una donna a **basso rischio** chieda un **approccio fisiologico senza ossitocina**, di **informarla** dettagliatamente dei benefici associati al trattamento. Se la donna, dopo avere ricevuto queste informazioni, conferma la personale valutazione del rapporto beneficio/danno favorevole all'approccio fisiologico, si raccomanda di assecondarla in questa scelta, **documentando in cartella l'assistenza concordata** del travaglio (compilazione **piano del parto**)

***raccomandazione forte, prove di qualità moderata o bassa***

## Trattamento attivo del III stadio del travaglio

Si raccomanda in **donne a rischio aumentato di emorragia del post partum**, la somministrazione di **10 UI IM** dopo l'espulsione della spalla anteriore o immediatamente dopo l'espulsione del feto, prima di clampare e tagliare il funicolo, seguita da un'infusione lenta di **8-10 UI/ora** in soluzione isotonica per 2-4 ore  
*raccomandazione debole, prove di bassa qualità*

Si raccomanda, in assenza di segni di compromissione fetale, di **non clampare il cordone ombelicale** prima che sia trascorso **almeno un minuto** dalla espulsione del feto, attendendo, se la donna lo desidera, fino alla fine delle pulsazioni (consensus SIMP-SIN-FNCO)  
*raccomandazione forte, prove di qualità elevata o moderata*

## ◆ **Trattamento attivo del III stadio del travaglio**

Si raccomanda di esercitare un'eventuale **trazione controllata del funicolo** solo dopo la somministrazione di ossitocina, il clampaggio del cordone ombelicale e il riconoscimento di segni di distacco placentare  
***raccomandazione debole, prove di qualità moderata***

Non disponiamo di prove di efficacia del **massaggio uterino** nel ridurre il rischio di EPP (Hofmeyr 2013) e la manovra può risultare molto dolorosa per la donna. Questo va riservato al trattamento dell'atonia uterina.  
***errata corrige***

Si raccomanda di porre diagnosi di **terzo stadio del travaglio prolungato** trascorsi 30' dalla nascita se è stata somministrata ossitocina, o trascorsi 60' nell'approccio fisiologico  
***raccomandazione debole, prove di qualità bassa***

## Ridurre la perdita ematica nel taglio cesareo

Si raccomanda l'**ossitocina** come farmaco di prima scelta per la prevenzione dell'EPP nel taglio cesareo

*raccomandazione forte, prove di moderata qualità perchè indiretta*

Si raccomanda in donne a **basso rischio di emorragia post partum** dopo taglio cesareo una dose di **3-5 UI di ossitocina in bolo endovenoso lento** (non meno di 1-2 minuti; non meno di 5 minuti in donne con rischio cardiovascolare), seguita da **un'infusione lenta di 8-10 UI/ora** in soluzione isotonica per 2-4 ore

*raccomandazione debole, prove di bassa qualità*

Si raccomanda la **trazione controllata del cordone** per la rimozione della placenta nel taglio cesareo

*raccomandazione forte, prove di moderata qualità*

# Does tranexamic acid prevent postpartum haemorrhage? A systematic review of randomised controlled trials

**K Ker, H Shakur, I Roberts**

Clinical Trials Unit, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK

*Correspondence:* I Roberts, Clinical Trials Unit, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, London, WC1E 7HT, UK.

Email [ian.roberts@lshtm.ac.uk](mailto:ian.roberts@lshtm.ac.uk)

**Conclusions** There is no reliable evidence that TXA prevents postpartum haemorrhage during childbirth. Many of the trials conducted to date are small, low quality and contain serious flaws.

*La linea guida, redatta sulla base di una rigorosa e aggiornata analisi della letteratura scientifica, è il frutto del lavoro di un gruppo multidisciplinare e multi-professionale di esperti –*

*specialisti in ginecologia e ostetricia, ostetriche, infermieri, anestesisti, ematologi, trasfusionisti, radiologi, anatomopatologi, epidemiologi, metodologi di linee guida, documentalisti esperti in ricerche bibliografiche e rappresentanti dei cittadini e del Ministero della Salute*

***la prevenzione è stata considerata uno dei fattori fondamentali per ridurre al minimo il rischio di questa grave emergenza ostetrica***