



La sorveglianza della mortalità materna in Italia: validazione del progetto pilota e prospettive future
5 Marzo 2015
Istituto Superiore di Sanità

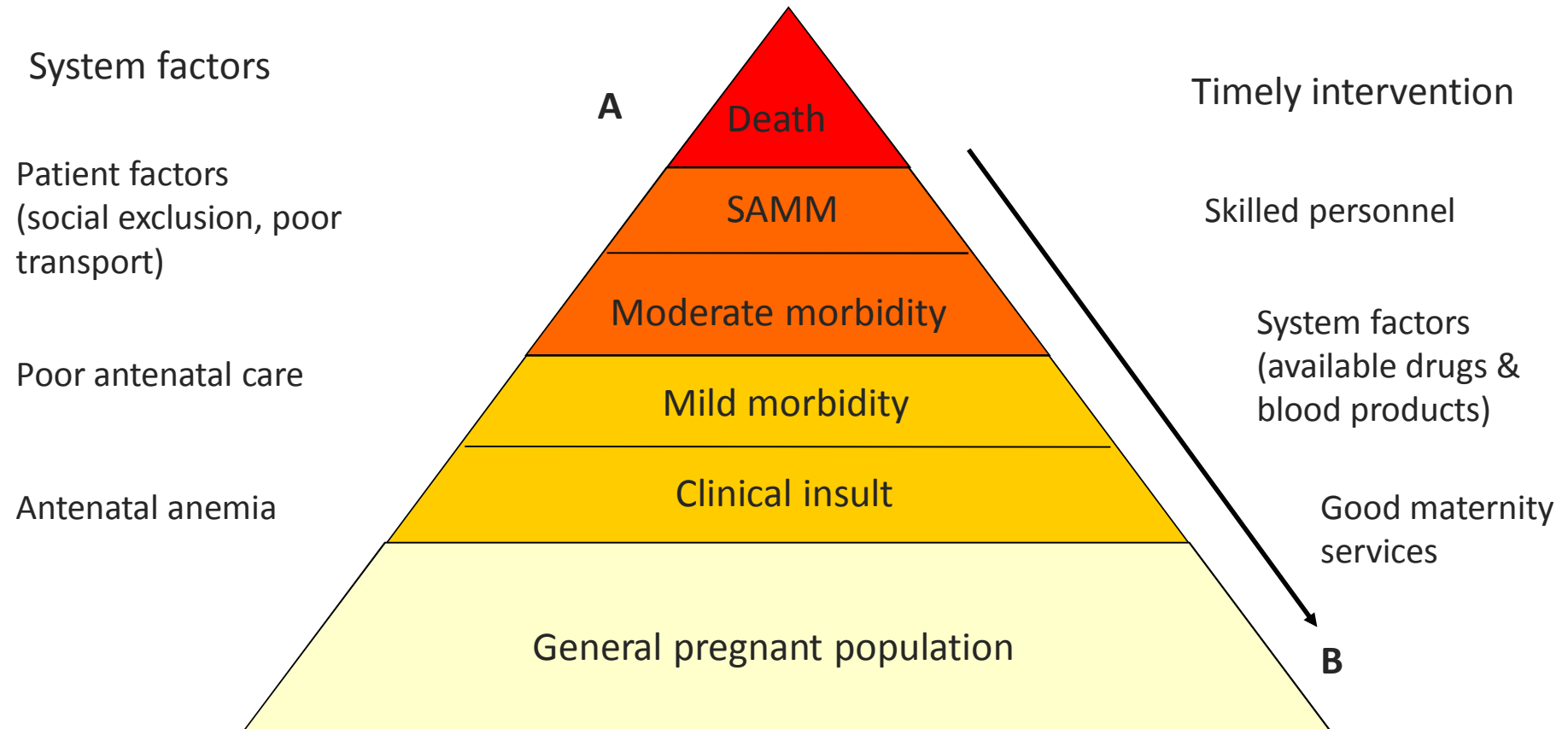
LA SINERGIA CON GLI ANESTESISTI: LO STUDIO SUI NEAR MISS DA EMORRAGIA GRAVE DEL POST PARTUM

Maria Grazia Frigo
UOS Anestesia Ostetrica Fatebenefratelli Isola Tiberina Roma

La sorveglianza ostetrica in Italia

SEVERE ACUTE MATERNAL MORBIDITY (SAMM)

L'OMS definisce *near miss* il caso di una donna che sarebbe deceduta ma che è sopravvissuta alle complicazioni insorte durante la gravidanza, il parto o entro 42 giorni dal termine della gravidanza stessa .



La sorveglianza ostetrica in Italia

SEVERE ACUTE MATERNAL MORBIDITY (SAMM)

Emorragia postpartum >1500 ml

Diminuzione della concentrazione di emoglobina peripartum ≥ 4 g/dl

Trasfusione acuta ≥ 4 unità di sangue

CID o shock

Necessità di ulteriori procedure non ostetriche (radiologia interventistica/isterectomia/laparotomia)

Perdita ematica tale da condurre a compromissione di organi vitali

Ammissione in terapia intensiva

Quanto tempo abbiamo?

Si stima che in assenza di trattamento l'exitus sopraggiunga entro:

- 2 ore nell'emorragia postpartum
- 12 ore nell'emorragia antepartum
- 48 ore nell'eclampsia
- 2 giorni nella distocia meccanica
- 6 giorni nelle infezioni

PERCHE' "Near Miss"?

I PIU' COMUNI ERRORI NELLA GESTIONE DELL'EMORRAGIA PERIPARTUM

- “ Ritardo nel trattamento per sottostima della perdita ematica
- “ Mancata identificazione e preparazione della paziente con fattori rischio
- “ Disattenzione alla modificazione dei parametri vitali
- “ Trattamento sintomatologico dell'emorragia e mancata identificazione eziologica
- “ Mancanza di un algoritmo di trattamento
- “ Ritardo nella diagnostica di laboratorio
- “ Ritardo nella disponibilità di emoderivati
- “ Ritardo nell'identificazione del confine tra fisiologia e criticità
- “ Insufficiente competenza e training
- “ Comunicazione interdisciplinare inefficace
- “ Organizzazione inadeguata

PERCHE' "Near Miss"?

I PIU' COMUNI ERRORI NELLA GESTIONE DELL'EMORRAGIA PERIPARTUM

- ” Ritardo nel trattamento per sottostima della perdita ematica
- ” Mancata identificazione e preparazione della paziente con fattori rischio
- ” **Disattenzione alla modificazione dei parametri vitali**
- ” Trattamento sintomatologico dell'emorragia e mancata identificazione eziologica
- ” Mancanza di un algoritmo di trattamento
- ” Ritardo nella diagnostica di laboratorio
- ” Ritardo nella disponibilità di emoderivati
- ” Ritardo nell'identificazione del confine tra fisiologia e criticità
- ” Insufficiente competenza e training
- ” Comunicazione interdisciplinare inefficace
- ” Organizzazione inadeguata

*Girard T et al New approaches to obstetric hemorrhage: the postpartum hemorrhage consensus algorithm
Curr Opin Anaesthesiol 2014; 27: 267-74*

La sorveglianza ostetrica in Italia

Definizione in base a sintomi e segni clinici

Classe di Emorragia	Perdita ematica stimata (ml)	Perdita di volume stimata (%)	Segni e sintomi clinici
0	< 500	< 10	Nessuno
Alert line			
1	500 – 1000	15	Minimi
Action line			
2	1200 – 1500	20 - 25	Oliguria, tachicardia, tachipnea, ipotensione posturale, polso piccolo
3	1800 - 2100	30 - 35	Ipotensione, tachicardia, sudorazione fredda, tachipnea
4	> 2400	> 40	Shock profondo

Osservazione ed integrazione

Integrazione ed uterotonici

Management attivo urgente

Management attivo critico (mortalità del 50% se non trattata tempestivamente)

B-Lynch C et al. A Textbook of Postpartum Hemorrhage 2006

Migliorare la comunicazione della stima della perdita ematica

“Un anestesista viene chiamato in sala operatoria per indurre un’anestesia generale in una paziente con una lacerazione vaginale che aveva già perduto 2500 ml di sangue in sala parto ma non viene comunicata la stima della perdita.

Durante l’intervento di sutura, la paziente perde ulteriori 2500 ml di sangue ma viene trasfusa una sola unità di emazie concentrate”

Migliorare la comunicazione della stima della perdita ematica

“Un anestesista viene chiamato in sala operatoria per indurre un’anestesia generale in una paziente con una lacerazione vaginale che aveva già perduto 2500 ml di sangue in sala parto ma non viene comunicata la stima della perdita.

*Durante l’intervento di sutura, la paziente perde ulteriori 2500 ml di sangue ma l’anestesista trasfonde una sola unità di emazie concentrate perché **rassicurato da un valore di emoglobina eseguito estemporaneamente**”*

Mai farsi trarre in inganno da un singolo valore di emoglobina che potrebbe riflettere un valore di partenza o un’emoconcentrazione e non l’entità della perdita

50% substandard care

Causa <i>substandard care</i> (alcune concomitanti)	% tutti i casi
Mancanza adeguata comunicazione tra professionisti	42%
Incapacità di apprezzare la gravità del problema	39%
Diagnosi non corretta	38%
Trattamento subottimale/ non corretto	38%
Mancato accesso all'ospedale	21%
Mancata revisione da parte di specialista esperto	13%
Mancanza di posti letto in terapia intensiva	6%
Terapia intensiva troppo distante	6%
Mancanza di sangue e/o derivati	6%

Confidential Enquiries into Maternal Death in the United Kingdom. Why mothers die 2000-02. London: RCOG Press 2004.

PERCHE' "Near Miss"?

I PIU' COMUNI ERRORI NELLA GESTIONE DELL'EMORRAGIA PERIPARTUM

- “ Ritardo nel trattamento per sottostima della perdita ematica
- “ Mancata identificazione e preparazione della paziente con fattori rischio
- “ Disattenzione alla modificazione dei parametri vitali
- “ Trattamento sintomatologico dell'emorragia e mancata identificazione eziologica
- “ Mancanza di un algoritmo di trattamento
- “ Ritardo nella diagnostica di laboratorio
- “ Ritardo nella disponibilità di emoderivati
- “ Ritardo nell'identificazione del confine tra fisiologia e criticità
- “ **Insufficiente competenza e training**
- “ **Comunicazione interdisciplinare inefficace**
- “ **Organizzazione inadeguata**

ALGORITMO



GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELL'EMORRAGIA POST-PARTUM

ESTENSORI

GIUSEPPE AFFRONTI, AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PERUGIA
VANESSA AGOSTINI, AZIENDA UNICA DELLA ROMAGNA, OSPEDALE BUFALINI DI CESENA
AGOSTINO BRIZZI, CLINICA S. MARIA DI BARI
LUCIO BUCCI, OSPEDALE NIGUARDA CÀ GRANDA DI MILANO
ELVIO DE BLASIO, AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO DI BENEVENTO
MARIA GRAZIA FRIGO, OSPEDALE FATEBENEFRATELLI S. GIOVANNI CALBITA DI ROMA
CARLA GIORGINI, AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PERUGIA
MARIA MESSINA, OSPEDALE OIRM-S. ANNA DI TORINO
FRANCO ANTONIO RAGUSA, OSPEDALE NIGUARDA CÀ GRANDA DI MILANO
FABIO SIRIMARCO, AZIENDA OSPEDALIERA CARDARELLI DI NAPOLI

REVISORI

DANILO CELLENO, SIAARTI (SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA)
GIAN CARLO DI RENZO, FIGO (FEDERAZIONE MONDIALE DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA)
ELVIRA GRANDONE, SISST (SOCIETÀ PER LO STUDIO DELL'EMOSTASI E TROMBOSI)

COORDINAMENTO SCIENTIFICO

FONDAZIONE CONFALONIERI RAGONESE

PERCHÉ LA NECESSITÀ DI UN ALGORITMO DI TRATTAMENTO

Il percorso terapeutico della paziente che va incontro a EPP richiede uno stretto coinvolgimento di più figure professionali: lo specialista ginecologo, l'anestesista rianimatore, il trasfusionista, il radiologo interventista. In una condizione in cui la **tempestività** risulta vitale per ridurre eventuali complicanze a carico della paziente, un algoritmo di trattamento di impronta multidisciplinare si propone di contribuire ad ottimizzare la gestione dell'evento emorragico

(RCOG 2009-2011; CMACE, 2011; Linee Guida AOGOI, 2009).

INDICAZIONI GENERALI

I cardini del trattamento dell'EP sono:

- 1 il mantenimento della contrattilità uterina, ottenuto tramite mezzi fisici o farmacologici;
- 2 il mantenimento o sostegno del circolo con opportuna idratazione;
- 3 la prevenzione o la terapia della coagulopatia emorragica instauratasi.

È inoltre necessario intervenire nella *golden hour+* per aumentare la probabilità di sopravvivenza della paziente.



THE JOURNAL OF
MATERNAL-FETAL
& NEONATAL
MEDICINE

La sorveglianza ostetrica in Italia

<http://informahealthcare.com/jmf>
ISSN: 1476-7058 (print), 1476-4954 (electronic)

J Matern Fetal Neonatal Med, Early Online: 1-5
© 2014 Informa UK Ltd. DOI: 10.3109/14767058.2014.923393

informa
healthcare

ORIGINAL ARTICLE

Impact of simulation and team training on postpartum hemorrhage management in non-academic centers

Nicole E. Marshall¹, Jeroen Vanderhoeven¹, Karen B. Eden², Sally Y. Segel¹, and Jeanne-Marie Guise^{1,2,3}



“La simulazione in ambito ostetrico permette di **apprendere la gestione multidisciplinare dello shock emorragico e di migliorare la comunicazione di equipe** allo scopo di migliorare l’outcome della paziente in scenari poco comuni ”

“**La comunicazione insufficiente ed inefficace** nell’ambito di una procedura appropriata rappresenta uno dei più comuni problemi clinici.”

“E’ fondamentale che **a tutti i componenti dell’equipe** sia data la **possibilità di confronto** tra i vari ruoli e competenze”



La sorveglianza ostetrica in Italia

THE JOURNAL OF
**MATERNAL-FETAL
& NEONATAL
MEDICINE**

<http://informahealthcare.com/jmf>
ISSN: 1476-7058 (print), 1476-4954 (electronic)

J Matern Fetal Neonatal Med, Early Online: 1-5
© 2014 Informa UK Ltd. DOI: 10.3109/14767058.2014.923393

informa
healthcare

ORIGINAL ARTICLE

Impact of simulation and team training on postpartum hemorrhage management in non-academic centers

Nicole E. Marshall¹, Jeroen Vanderhoeven¹, Karen B. Eden², Sally Y. Segel¹, and Jeanne-Marie Guise^{1,2,3}



Table 2. Time of PPH management before and after training.

	Before	After	Reduction	<i>p</i> value (paired <i>t</i>)
Time from baby's head out	Mean ± SD (s)	Mean ± SD (s)	Mean ± SD (s)	
Recognized PPH	124.8 ± 51.7	94.5 ± 35.5	30.3 ± 57.7	0.02
Use first medication*	135.4 ± 42.4	87.3 ± 49.2	48.1 ± 65.9	0.003
Perform uterine massage	134.1 ± 34.9	105.7 ± 45.2	28.5 ± 50.0	0.01
Use second medication†	216.0 ± 73.0	147.0 ± 48.2	69.0 ± 71.9	0.0003
Correct PPH‡	404.0 ± 154.5	349.0 ± 110.6	55.0 ± 191.9	0.19

*Oxytocin.

†Misoprostol or carboprost.

‡The single team that did not resolve the scenario in 10 min by using three indicated medications was excluded from this time point.