



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



Indice



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

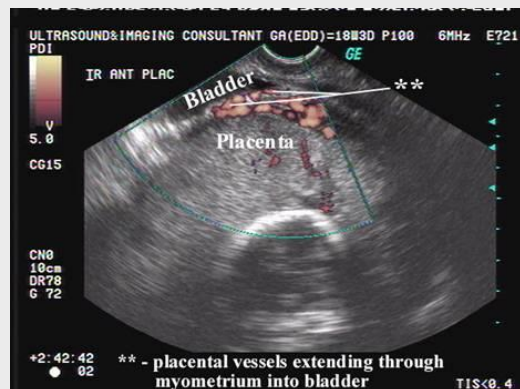
raccomandazione di buona pratica clinica, basata sull'esperienza del panel

- 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

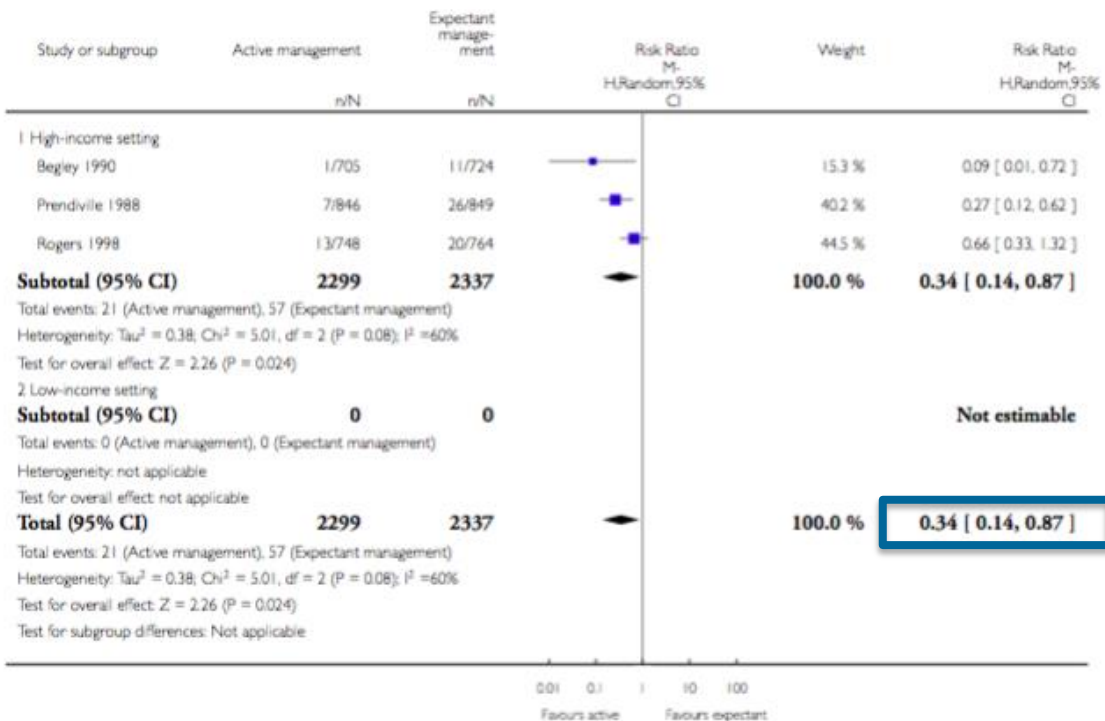
raccomandazione di buona pratica clinica, basata sull'esperienza del panel

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

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