



Monitoraggio e valutazione dell'implementazione delle raccomandazioni cliniche e organizzative per la gestione delle emergenze ostetriche emorragiche peripartum

## *MATERIALI DIDATTICI UTILIZZATI NEI CORSI DI FORMAZIONE*

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

## *Indice*

Presentazione Progetto Movie	pag. 2
Presentazione della matrice delle responsabilità	pag. 57
Esercitazione sulla matrice delle responsabilità	pag. 63
Presentazione caso clinico 1	pag. 68
Esercitazione su caso clinico 1	pag. 85
Presentazione debriefing caso clinico 1	pag. 92
Presentazione caso clinico 2	pag. 98
Esercitazione su caso clinico 2	pag. 109
Presentazione caso clinico 3	pag. 115
Esercitazione su caso clinico 3	pag. 123
Presentazione simulazione audit	pag. 129
Presentazione su comunicazione tra professionisti	pag. 139
Presentazione su comunicazione con donna e familiari	pag. 151
Presentazione su Role play	pag. 167



*PRESENTAZIONE PROGETTO MOVIE*



# Presentazione del progetto

**Programma CCM 2018**

**Inizio attività: 14.01.2019 - Fine progetto: 13.01.2021**

**Progetto approvato dal Comitato Etico dell'ISS**

## **Obiettivo generale:**

Monitorare e valutare l'implementazione delle raccomandazioni cliniche e organizzative per la gestione delle emergenze ostetriche emorragiche peripartum prodotte dall'ISS e dall'AGENAS



# Obiettivi Specifici

**OBIETTIVO SPECIFICO 1:** Individuare, in collaborazione con un gruppo di esperti, le raccomandazioni chiave della linea guida ISS e delle raccomandazioni organizzative AGENAS per l'implementazione del progetto

**OBIETTIVO SPECIFICO 2:** Identificare e arruolare dei presidi sanitari con unità di ostetricia di I o II livello, distribuiti nel Nord, Centro e Sud del Paese, rappresentativi delle diverse realtà organizzative

**OBIETTIVO SPECIFICO 3:** Mettere a punto check list per valutare l'implementazione delle raccomandazioni cliniche e organizzative per la gestione della emorragia post partum al tempo zero (pre-test) e al termine del progetto (post-test)

**OBIETTIVO SPECIFICO 4:** Testare le check-list in un sottogruppo di presidi sanitari

**OBIETTIVO SPECIFICO 5:** Mettere a punto un sistema di raccolta dati per la trasmissione delle informazioni sugli aspetti organizzativi e clinici d'interesse dei casi incidenti di emergenze emorragiche peripartum nei presidi partecipanti



# Obiettivi Specifici

**OBIETTIVO SPECIFICO 6:** Organizzare incontri di formazione residenziale per le direzioni sanitarie, i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza alle emergenze emorragiche e i referenti della rete del rischio clinico nei presidi partecipanti e compilare le check list sugli aspetti organizzativi

**OBIETTIVO SPECIFICO 7:** Implementare la raccolta dati sui casi incidenti di eventi emorragici peri partum rilevando variabili disponibili nella raccolta dati del 2014-2016 e monitorare il tasso di partecipazione e la completezza delle segnalazioni

**OBIETTIVO SPECIFICO 8:** Analizzare i dati raccolti

**OBIETTIVO SPECIFICO 9:** Realizzare un convegno di fine progetto per presentare e discutere i risultati ottenuti



## Regioni partecipanti

Piemonte

Emilia-Romagna

Toscana

Lazio

Campania

Sicilia





# Gruppo di coordinamento ISS e regione

## **Istituto Superiore di Sanità:**

Responsabile scientifico: Serena Donati

Referenti di progetto: Serena Donati, Paola D'Aloja, Ilaria Lega e Alice Maraschini

## **Regione Emilia-Romagna:**

Giuseppe Battagliarin, Tiziana Frusca, Gilda Sottile



# Referenti di progetto dei presidi partecipanti

Specialità	Referenti di progetto
Anestesisti	Franco Candini, Elena Manservigi, Alessandro Panini, Rita Pini, Andrea Spigolon, Giovanni Turchi
Direttori sanitari	Stefano Buseti, Francesco Casulli, Giuseppina Frattini, Sabina Giorgi, Cristina Marchesi, Maria Teresa Pesì
Ginecologi	Ivana Algeri, Maria Bisulli, Gloria Giacomini, Maria Cristina Selleri, Lorenzo Sabbioni, Mariapaola Sgarabotto,
Ostetriche	Virginia Bertini, Jessica Buffagni, Morena Camurri, Chiara Ridolfi, Antonella Silvestri, Elena Tarlazzi
Primari ostetricia e ginecologia	Patrizio Antonazzo, Lillo Cerami, Maria Cristina Galassi, Marinella Lenzi, Daniele Scazzina, Nicola Rizzo
Referenti rischio clinico	Annita Caminati, Riccardo Cavallini, Alessandra De Palma, Marco Lombardi, Vania Maselli, Pietro Ragni, Maria Cristina Selleri



# Prevalenza di EPP in funzione della stima della perdita ematica

Stima perdita ematica	Prevalenza per stime MOVIE	Prevalenza EPP	Prevalenza EPP stimata con metodi oggettivi	Riferimenti bibliografici
<b>EPP ≥500 ml</b>	<b>10%</b>	A livello globale: 10.8 (9.6–12.1)  Europa: 12.7 (10.1–15.6)	A livello globale: 14.2 (11.5–17.1)  <b>Europa:</b> <b>22.9 (15.2–31.6)</b>	Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, et al. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(7) – In Europa, studi realizzati tra il 2000 e il 2010, di cui il 47% osservazionali
<b>EPP ≥1000 ml</b>	<b>5%</b>	A livello globale: 2.8 (2.4–3.2)  Europa: 2.8 (2.3–3.4)	A livello globale: 4.2 (3.2–5.3)  <b>Europa:</b> <b>6.8 (5.2–8.4)</b>	Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, et al. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(7) – In Europa, studi realizzati tra il 2000 e il 2010, di cui il 47% osservazionali
<b>EPP ≥1500 ml</b>	<b>1%</b>	<b>6,7/1000</b>  <b>4,6/1000</b>	-	Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study Mark Waterstone, Susan Bewley, Charles Wolfe, 2001 Incidence of severe pre-eclampsia, postpartum haemorrhage and sepsis as a surrogate marker for severe maternal morbidity in a European population-based study: the MOMS-B survey Wei-Hong Zhang, Sophie Alexander, Marie-Helene Bouvier-Colle, Alison Macfarlane, the MOMS-B Group
<b>EPP ≥ 4 trasfusioni EC o sangue intero</b>	<b>0,1%</b>	<b>1/1000</b>	-	Dati ItOSS- progetto near miss emorragici 2014-2016 ( Regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Sicilia)



# EMILIA ROMAGNA

Totale Punti Nascita=**23**

Stima parti annui=**33.287**

Selezione di 1/5 dei PN della regione pari a una copertura di circa il **20% dei nati**

1/5 dei PN della Regione	23/5=5
20% dei parti	6657

Nome Struttura	N Parti Anno	% TC	Livello	Tipologia	Stima casi EPP>1000 ml (0.05)	Stima casi EPP>1500 ml (0.01)
<b>Volume 2000+ parti annui</b>						
S.ORSOLA Bologna - AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA	3323	34.0	II	AOU	166	33
<b>Volume 1000-1999 parti annui</b>						
Presidio Ospedaliero Bufalini di CESENA	1992	21.6	II	O presidio ASL	100	20
SASSUOLO - NUOVO OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A	1337	21.0	II	O presidio ASL	67	13
<b>Volume 500-999</b>						
FIDENZA - Presidio Ospedaliero Aziendale	902	24.8	I		45	9
Ospedale di BENTIVOGLIO Bologna	655	20.0	I		33	7
<b>Volume 0-499</b>						
SCANDIANO - Ospedale Magati	455	15.0	I		23	5



# Documenti di riferimento

Lg  
LINEA GUIDA

Sistema nazionale  
per le linee guida



Emorragia post partum:  
come prevenirla,  
come curarla

  
Ministero della Salute



LINEA GUIDA 26

*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Linee di indirizzo  
clinico-organizzative  
per la prevenzione  
delle complicanze  
legate alla gravidanza



# Definizione di EPP – Linea Guida SNLG

- **EPP minore** in caso di perdita ematica stimata **tra 500 e 1.000 ml**
- **EPP maggiore** in caso di perdita ematica stimata **>1.000 ml**

L'EPP maggiore a sua volta è distinta in due condizioni di diversa gravità che comportano un'allerta e una prognosi diversificate:

- **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.



## Definizione di caso

Il progetto prevede la segnalazione di tutti i casi incidenti di EPP con perdita stimata  $\geq 1000$  ml

### **Variabili tenute in considerazione per la definizione di caso:**

- numero atteso di casi per punto nascita
- numero di punti nascita partecipanti per regione
- numero di referenti per punto nascita
- tempo necessario per la compilazione della scheda raccolta dati



# Ruolo dei referenti di progetto

## Caratteristiche essenziali per l'identificazione dei referenti:

- interesse per il progetto
- autorevolezza agli occhi dei colleghi
- capacità di gestire la formazione a cascata coinvolgendo i colleghi
- disponibilità di tempo per monitorare i casi incidenti e inserire i dati on-line

## Figure professionali:

- un ginecologo, un anestesista e un'ostetrica per ogni punto nascita arruolato
- un referente della direzione sanitaria e un referente del rischio clinico

## Responsabilità:

- partecipare al corso di aggiornamento in regione
- realizzare il corso di aggiornamento a cascata nel proprio punto nascita
- segnalare tutti i casi incidenti di EPP  $\geq 1000\text{ml}$  inserendo i dati sulla piattaforma web

## Numero referenti responsabili dell'inserimento dei dati

da definire in funzione del volume dei parti per punto nascita e del conseguente numero atteso di EPP per unità di tempo



# Materiali di lavoro

## **Materiali stampati per i presidi partecipanti al progetto:**

- PDTA su prevenzione e gestione della EPP
- Flow chart per la gestione della EPP
- Sistema di monitoraggio e allerta MEOWS
- Linea guida SNLG-ISS sull'EPP
- Versione divulgativa della linea guida SNLG-ISS sull'EPP

## **Materiali on-line per i presidi partecipanti al progetto:**

- Piattaforma web per l'inserimento dei casi incidenti di EPP
- Questionario online per il pre-test e post-test sulle caratteristiche organizzative dei reparti di ostetricia partecipanti

## **Materiali per il pacchetto formativo a cascata per i referenti di progetto:**

- Presentazioni in power point scaricabili
- Materiali stampati per i presidi



# Proposta di PDTA sulla gestione della EPP

La **bozza di PDTA** riassume le principali raccomandazioni cliniche e organizzative per la prevenzione e la gestione dell'EPP estratte dalla linea guida SNLG-ISS e dal documento di indirizzo dell'AGENAS

I presidi che partecipano al progetto, **dopo aver verificato la completezza e corrispondenza delle raccomandazioni**, decidono in autonomia se adottare in toto o in parte il presente documento o mantenere il PDTA già in uso nei loro presidi sanitari.



# Proposta di PDTA sulla gestione della EPP

## Il documento comprende raccomandazioni relative ai seguenti aspetti:

- Matrice per attribuzione delle responsabilità nella gestione dell'EPP
- Gestione del rischio clinico
- Prevenzione dell'EPP
  - individuazione dei fattori di rischio
  - profilassi della perdita ematica
- Diagnosi di EPP
  - stima della perdita ematica
  - valutazione delle condizioni materne
  - individuazione della causa
- Gestione dell'EPP
  - misure assistenziali iniziali
  - gestione dell'EPP maggiore controllata e persistente
  - interventi chirurgici
  - monitoraggio dopo la risoluzione dell'emorragia



# Flow chart sulla gestione della EPP

## EMORRAGIA POST PARTUM

### A) Perdite ematiche tra 500 e 1000 ml **ALLERTA**

#### CHIEDERE AIUTO

Chiedere la collaborazione di altre figure Professionali: anestesista, seconda ostetrica, ginecologo capoturno o reperibile; fornire informazioni alla paziente e ai familiari

#### PRELIEVI EMATICI E RICHIESTA SANGUE

Controllare emogruppo e screening anticorpale, emocromo, PT, APTT, fibrinogeno, FDP, AT. Considerare richiesta di 4 unità di GRC e plasma a disposizione

#### GARANTIRE ACCESSI VENOSI

Posizionare catetere vescicale e garantire 2 accessi venosi tramite ago cannula di 16G o 14G

#### TERAPIA FARMACOLOGICA

Mantenere la contrattilità uterina attraverso ossitocina, metilergometrina, derivati sintetici delle prostaglandine + acido tranexamico 1gr ev seguito da infusione di 1 gr in 8h

#### VALUTARE PERDITE EMATICHE ED EQUILIBRIO EMODINAMICO

Valutare l'entità del sanguinamento ed i parametri vitali della paziente utilizzando le schede MEOWS (frequenza respiratoria, SpO2, temperatura, frequenza cardiaca, PA, diuresi attraverso catetere vescicale, stato di coscienza, dolore), eseguire ECG

#### EVITARE IPOTERMIA, ACIDOSI, DESATURAZIONE

#### STABILIRE L'ORIGINE DEL SANGUINAMENTO

Applicare la regola delle 4 T (TONO, TESSUTO, TRAUMA, TROMBINA)

**TONO** (atonìa uterina) Compressione bimanuale dell'utero, somministrazione farmaci uterotonici e acido tranexamico, tamponamento uterino con balloon

**TRAUMA** Riparazione delle lacerazioni del canale del parto

**TESSUTO** Verifica eventuale ritenzione di residui placentari

**TROMBINA** Correzione dell'eventuale difetto coagulativo con plasma fresco congelato e concentrati specifici, se possibile guidata da tromboelastometria

**CAUSA SCONOSCIUTA** Valutazione possibile rottura/inversione d'utero; emorragia non evidente es. emoperitoneo/ematoma o cause extra-genitali es. rottura epatica

Azioni da realizzare simultaneamente

### B) Perdite ematiche > 1000 ml **AZIONE**

**EFFETTUARE TUTTE LE OPERAZIONI DEL PUNTO A, allertare il laboratorio, il centro trasfusionale e richiedere il sangue**

**SOMMINISTRARE OSSIGENO**

#### RIPRISTINARE IL VOLUME CIRCOLANTE

Infondere cristalloidi o colloidi /seconda linea

**PRELIEVI EMATICI** compresi elettroliti, funzionalità epatica ed EGA per lattati  
**MONITORARE** emocromo, PT, APTT, fibrinogeno, AT

#### TERAPIA TRASFUSIONALE MIRATA

Trasfondere GRC in modo da mantenere ematocrito intorno a 25-30%, plasma fresco congelato in caso di allungamento PT o APTT > 1.5, concentrati piastrinici (se PLTS < 50.000/dL), concentrati di fibrinogeno (se < 200 mg/dL)

**UTILIZZARE RISCALDATORI ED INFUSORI RAPIDI**

Se velocità di infusione > 50 ml/kg/ora

#### PREVENIRE L'INSORGENZA DI COAGULOPATIA/CID

Trattare la causa sottostante (emorragia persistente, shock, ipotermia, acidosi) ed instaurare un adeguato supporto emodinamico

**IN CASO DI MANCATA RISPOSTA**  
procedere in base alle condizioni cliniche e alle risorse disponibili

#### MANOVRE CHIRURGICHE CONSERVATIVE - RADIOLOGIA INTERVENTISTA

Suture compressive (B-Lynch, Hayman, altre), suture devascularizzanti (arterie uterine, ovariche o iliache interne), embolizzazione selettiva di vasi pelvici

Considerare l'uso off label di FVIIr

#### ISTERECTOMIA

Prima che le condizioni della paziente risultino critiche

**N.B. riportare sempre gli orari delle procedure nella cartella clinica**



# Sistema di monitoraggio e allerta MEOVS

Contattare un medico se, in qualsiasi momento, si rileva un parametro ROSSO o due parametri GIALLI

		Data													
		Ora													
Atti respiratori/ min.	≥ 25														
	20-24														
	11-19														
	≤ 10														
SpO2	96-100%														
	≤ 95%														
Temperatura C°	≥ 38														
	37,5-37,9														
	36-37,4														
	35,1-35,9														
	≤ 35														
Frequenza cardiaca bpm	≥ 120														
	100-119														
	60-99														
	50-59														
	< 50														
Pressione sistolica mmHg	≥ 160														
	140-159														
	100-139														
	91-99														
	≤ 90														
Pressione diastolica mmHg	≥ 100														
	90-99														
	50-89														
	41-49														
	≤ 40														
Diuresi	> 30 cc/h														
	≤ 30 cc/h														
Livello di coscienza	Vigile														
	Voce														
	Dolore														
	Non responsiva														
Dolore	0														
	1														
	2														
Totale parametri rossi															
Totale parametri gialli															
Nome del professionista															



# Sistema di monitoraggio e allerta MEOWS

Ogni parametro del sistema MEOWS è graduato in livelli corrispondenti a diversi codici colore, la cui somma indica lo scostamento dalla normalità per facilitare l'allerta dei professionisti e l'attivazione di una risposta. In presenza di un singolo parametro di allerta marcatamente alterato (rosso) o di due parametri alterati contemporaneamente ma in misura minore (giallo) occorre chiamare aiuto medico al fine di valutare le condizioni cliniche, identificare l'eziologia del deterioramento clinico e definire un piano assistenziale. La frequenza del monitoraggio dei parametri vitali secondo MEOWS dipende dal momento assistenziale, dalle condizioni cliniche della donna e dal loro rischio evolutivo.

Ogni reparto deve disporre, condividere e aggiornare periodicamente un protocollo locale che definisca la frequenza di rilevazione dei parametri vitali in caso di basso rischio, nel post-operatorio e nelle situazioni di emergenza. La scheda MEOWS non è validata per il suo utilizzo in travaglio di parto durante il quale i parametri vitali devono essere riportati nel partogramma, nel rispetto dei protocolli locali.

## Valori fisiologici dei parametri vitali riportati nel sistema MEOWS

- **Frequenza respiratoria:** è uno dei più sensibili indicatori di deterioramento delle condizioni cliniche. I valori fisiologici riportati sono compresi tra 10 e 19 atti respiratori /minuto.
- **Saturazione di ossigeno:** non rientra tra i parametri routinari, ma deve essere rilevata in caso di frequenza respiratoria alterata o segni/sintomi di distress respiratorio (es. dispnea e/o meccanica respiratoria alterata). I valori fisiologici riportati sono compresi tra 96 e 100%.
- **Temperatura:** dovrebbe essere rilevata per via orale o timpanica. I valori fisiologici riportati sono compresi tra 36° e 37,4°C.
- **Frequenza cardiaca:** è un parametro indicativo di deterioramento delle condizioni cliniche da rilevare routinariamente. I valori fisiologici riportati sono compresi tra 60 e 99 battiti per minuto.
- **Pressione arteriosa:** i valori di pressione arteriosa sistolica e diastolica vengono registrati separatamente per facilitare la rilevazione dei valori di allerta, ricordare che l'ipotensione è un segno tardivo di deterioramento delle condizioni cliniche nella paziente gravida. I valori fisiologici di PAS e PAD riportati sono rispettivamente compresi tra 100 e 139 mmHg, e tra 50 e 89 mmHg per la PAD.
- **Diuresi:** rilevata con o senza catetere vescicale, in assenza di patologie renali o sistemiche che la influenzano (es. diabete), è un buon indice della funzionalità renale. La condizione di oliguria è definita da un output <400-500cc/die e quella di anuria da un output <100cc/die. Il valore fisiologico di diuresi riportato nel sistema MEOWS adottato è >30 cc/ora.
- **Livello di coscienza:** è un indicatore di deterioramento delle condizioni cliniche, si rileva utilizzando la scala AVPU il cui acronimo corrisponde alle seguenti condizioni:
  - A (Alert) vigile e orientata verso persone, luogo, tempo ed evento
  - V (Verbal) risponde alla voce/stimoli verbali (per esempio nel postoperatorio)
  - P (Pain) risponde a stimoli dolorosi con movimenti volontari o involontari
  - U (Unresponsive) non risponde ad alcun tipo di stimoloQualsiasi cambiamento nel livello di coscienza rispetto allo stato di allerta vigile e orientata viene considerato significativo e richiede un'allerta immediata.
- **Dolore:** è un parametro che deve essere sempre considerato nell'inquadramento clinico complessivo della donna mediante la seguente scala: 0 = nessun dolore, 1 = dolore lieve rilevabile al movimento, 2 = dolore intermittente a riposo/dolore moderato rilevabile al movimento. Il valore considerato normale nella scheda MEOWS è lo zero.

# Versione divulgativa della linea guida SNLG

## L'importanza della comunicazione\*

Come in tutte le emergenze, anche nel caso di EPP, la comunicazione fra i professionisti, la donna e i suoi familiari è molto importante per acquisire consapevolezza dei principali aspetti di questa complicazione del parto.

- La comunicazione con la donna e i suoi familiari fa parte dell'assistenza medica e deve essere garantita dall'esordio del quadro clinico.
- Si raccomanda che un membro dell'equipe sanitaria spieghi con termini chiari e comprensibili cosa sta accadendo, risponda alle domande e offra sostegno.
- Prima della dimissione ospedaliera va offerto alla donna, e possibilmente al suo partner, un colloquio sugli eventi che hanno caratterizzato l'EPP. In particolare, vanno esaminati gli aspetti principali dell'emergenza ostetrica, le possibili conseguenze sulle future gravidanze, l'importanza di segnalare l'accaduto ai medici che assisteranno la donna in futuro e i riferimenti dei servizi sanitari a cui rivolgersi una volta rientrati a casa. Va inoltre consegnata alla donna una lettera di dimissione che contenga informazioni dettagliate su procedure/interventi chirurgici eseguiti e terapie somministrate.

\*raccomandazioni di buona pratica clinica basate sull'esperienza degli esperti che hanno sviluppato la linea guida sulla EPP

## A chi rivolgersi per ottenere le informazioni dopo la dimissione ospedaliera?

Dopo la dimissione dall'ospedale la donna può rivolgersi al proprio medico di fiducia o al consultorio familiare di zona che è la struttura deputata a prenderla in carico per accompagnarla e sostenerla durante i primi mesi di vita del bambino. A seguito di un'EPP, le donne possono avere

difficoltà nell'avviare e sostenere l'allattamento al seno anche per il ritardo nel contatto iniziale con il piccolo a seguito dell'emergenza emorragica. L'equipe del consultorio offre consulenze individuali e la possibilità di partecipare a gruppi di incontro insieme ad altre mamme che hanno partorito. Ogni quartiere ha il suo consultorio di zona dove si può andare e ottenere assistenza senza impegnativa del medico.

Questo documento contiene informazioni che derivano da un'analisi rigorosa di studi scientifici di recente pubblicazione compiuta da esperti del settore: medici specialisti in ginecologia e ostetricia, anesthesiologia, ematologia, radiologia interventistica, medicina trasfusionale e anatomia patologica; infermieri; ostetriche; rappresentante del Ministero della Salute; rappresentante di associazione di cittadini; epidemiologo e metodologo di linee guida. La versione per i professionisti sanitari è la linea guida "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla" pubblicata a ottobre 2016.



Sistema nazionale per  
le linee guida  
Istituto superiore di sanità

## Emorragia post partum

COME PREVENIRLA  
COME CURARLA

# Versione divulgativa della linea guida SNLG

## Che cos'è l'emorragia del post partum?

Dopo il parto un sanguinamento dai genitali è del tutto normale. Le perdite di sangue, inizialmente di colore rosso vivo, tendono a ridursi dopo le prime ore e nei giorni successivi fino a cessare completamente entro circa 6 settimane. L'emorragia del post partum (EPP), che si verifica quasi sempre entro le prime 24 ore dalla nascita del bambino, è molto diversa dal sanguinamento fisiologico che vivono tutte le donne, perché in questi casi la perdita di sangue è molto più abbondante e supera i 500 ml. In Europa questa complicazione riguarda circa 13 donne ogni 100 che partoriscono. Più raramente quando la perdita di sangue supera i 1000 ml, si parla di EPP grave, che si presenta in circa 3 donne ogni 100 parti. L'EPP grave può causare complicazioni materne importanti e, quando il sanguinamento è massivo e si ha difficoltà nell'arrestarlo, può anche mettere a rischio la vita della donna.

## Il sistema di sorveglianza ISS-Regioni

Il sistema di sorveglianza ostetrica coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), al quale partecipano 8 regioni, raccoglie informazioni sul 73% dei nati. Grazie all'attività di questa sorveglianza (<http://www.iss.it/itoss>), sappiamo che anche in Italia l'EPP è una condizione che si può in parte prevenire e curare. Per questo l'ISS ha deciso di produrre una linea guida che, assieme ad altre iniziative di ricerca e formazione, ha l'obiettivo di sostenere i professionisti sanitari e le donne nel promuovere la prevenzione, la tempestività della diagnosi e l'appropriatezza del trattamento dell'EPP.



## Chi è a rischio?

Alcuni fattori di rischio per l'EPP possono essere identificati già durante la gravidanza, altri invece si presentano e si possono riconoscere solo durante la fase del travaglio-parto.

### Fattori di rischio identificabili durante la gravidanza:

- EPP in una precedente gravidanza
- precedente taglio cesareo
- gravidanza gemellare
- bambino di peso superiore ai 4 kg
- problemi della placenta evidenziabili con l'ecografia
- pre-eclampsia, conosciuta anche come "gestosi".

### Fattori di rischio identificabili durante il travaglio-parto:

- prolungamento eccessivo del travaglio
- lacerazioni dei genitali durante il parto
- episiotomia, ovvero il taglio che si effettua durante il parto per agevolare la nascita del bambino
- problemi con il normale distacco della placenta.

## Quali sono le cause principali dell'EPP?

La grande maggioranza delle EPP insorge a seguito di un'inadeguata contrazione della muscolatura dell'utero, chiamata *atonìa uterina*, che causa la perdita eccessiva di sangue dopo il parto.

Fra le altre cause ricordiamo, in ordine di frequenza:

- **traumi dei genitali** che possono verificarsi durante il parto come le lacerazioni o gli ematomi
- **ritenzione in utero** di materiale placentare
- **anomalie nell'adesione della placenta** all'utero
- **problemi di coagulazione del sangue** per cause congenite, o a seguito di emorragia molto grave.

## Come si può prevenire l'EPP?

Molti fattori di rischio non sono modificabili.

Tuttavia, alcuni comportamenti possono contribuire alla prevenzione dell'EPP.

### Durante la gravidanza:

- **fare i controlli previsti** per l'assistenza in gravidanza incluso lo screening dell'anemia
- **accertarsi che in occasione della ecografia del II trimestre**, raccomandata in gravidanza, sia accuratamente controllata la localizzazione della placenta.

### Dopo il parto:

- **somministrare subito dopo la nascita del bambino farmaci uterotonici**, come l'ossitocina,

che fanno contrarre la muscolatura dell'utero riducendo il rischio di EPP. Questo trattamento è consigliato e offerto di routine a tutte le donne che partoriscono.

- **controllare periodicamente nel dopo parto che l'utero sia contratto**, che le perdite di sangue non siano eccessive, che la pressione del sangue, la temperatura e altri parametri vitali siano nella norma. Queste valutazioni sono eseguite di routine dall'ostetrica che si preoccupa di controllare anche il dolore riferito dalla donna ed eventuali traumi dei genitali.

## Qual è il trattamento più efficace?

Esiste una terapia medica con farmaci chiamati *uterotonici* (ossitocina, prostaglandine), che aiutano la muscolatura dell'utero a contrarsi e che è risolutiva nella maggior parte dei casi.

Se questa terapia non fosse invece sufficiente, è necessario ricorrere a procedure/interventi chirurgici fino, per le emorragie più gravi e non controllabili, all'asportazione dell'utero.

Il trattamento dell'emorragia può includere trasfusioni di sangue; se questa possibilità vi preoccupa, parlatene con il medico o l'ostetrica durante la gravidanza.

## Le raccomandazioni degli esperti\*

- In tutte le donne con precedente taglio cesareo la localizzazione della placenta deve essere accuratamente controllata in occasione della ecografia del II trimestre raccomandata in gravidanza.
- Tutte le donne con precedente EPP, preeclampsia grave o problemi della placenta evidenziati con l'ecografia, devono scegliere insieme al professionista che le assiste in gravidanza una struttura sanitaria appropriata a cui rivolgersi per il parto.
- L'episiotomia non deve essere eseguita di routine, neppure in caso di precedente lacerazione dei genitali.

\* raccomandazioni di buona pratica clinica basate sull'esperienza degli esperti che hanno sviluppato la linea guida sulla EPP



## Pre e post test

**Il questionario** sarà compilato on-line dal Direttore dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia o dal Responsabile di Sala parto come pre-test prima dell'avvio del progetto e come post test alla conclusione della raccolta dati

**Il questionario contiene quesiti relativi alle seguenti aree tematiche:**

- caratteristiche organizzative del punto nascita
- procedure organizzative per la gestione dell'EPP
- procedure assistenziali
- aggiornamento professionale
- gestione del rischio clinico
- comunicazione



# Pre e post test



Uscire e ripulire l'indagine

0%

## PreTest Progetto Movie

Il progetto MOVIE, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'ISS, si pone l'obiettivo di monitorare e valutare l'implementazione delle raccomandazioni cliniche e organizzative per la gestione delle emergenze ostetriche emorragiche peripartum prodotte dall'ISS e dall'AGENAS in una selezione di Punti Nascita delle Regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia.

Il progetto prevede la rilevazione delle caratteristiche organizzative e assistenziali riportate nel presente questionario, da compilare come pre e post test all'inizio e alla conclusione della raccolta dati in ciascun presidio partecipante. Il questionario deve essere compilato on-line dal Direttore dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia o dal Responsabile di Sala parto.

Avanti



# Pre e post test



Salvare i dati inseriti    Uscire e ripulire l'indagine

0%

## CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE DEL PUNTO NASCITA

\*Numero parti anno

\*Anno di riferimento (*anno più recente disponibile*)

\*Tipologia parti

% tagli cesarei totali

% parti vaginali

% parti vaginali operativi



# Maschera inserimento dati sulla piattaforma web

**Il questionario prende in esame le seguenti aree tematiche**

- Caratteristiche Paziente
- Profilassi EPP
- Causa Emorragia
- Perdite Ematiche
- Laboratorio
- Terapia Chirurgica
- Trasfusioni e Fluidi
- Esito
- Organizzazione



# Piattaforma web per inserimento casi



## Progetto MOVIE

Monitoraggio e valutazione dell'implementazione delle raccomandazioni cliniche e organizzative per la gestione delle emergenze ostetriche emorragiche peripartum

Aggiungi una nuova scheda

Data inserimento scheda	Data ricovero	Età della donna	Stato della scheda	Data dimissione	Dettagli
24/06/2019	---	32	In corso	---	<a href="#">Dettagli scheda</a>
20/06/2019	25/06/2019	27	In corso	---	<a href="#">Dettagli scheda</a>
15/06/2019	20/06/2019	31	Completato	26/06/2019	<a href="#">Dettagli scheda</a>
30/05/2019	05/06/2019	39	Completato	10/06/2019	<a href="#">Dettagli scheda</a>
29/05/2019	04/06/2019	24	Completato	8/06/2019	<a href="#">Dettagli scheda</a>



# Pacchetto formativo per referenti di progetto

Le presentazioni in power point della giornata e tutti i materiali di progetto sono scaricabili al seguente link xxxxxxxxxx

Una volta rientrati nel vostro presidio di appartenenza avete la responsabilità di organizzare:

- un incontro breve con tutti i colleghi dell'unità operativa (anestesisti, ginecologi, infermieri, ostetriche, OSS e referenti del rischio clinico) per informarli del progetto presentando obiettivi, materiali e metodi entro il 1 novembre 2019.
- un seminario in cui discutere approfonditamente i materiali, verificare i protocolli e programmare eventuali attività di aggiornamento professionale



*PRESENTAZIONE DELLA MATRICE  
DELLE RESPONSABILITÀ*



# Matrice per attribuzione delle responsabilità nella gestione dell'EPP

Attività	Direttore UO	Med Ost	Med Anest	Ost	Inf	OSS	Eventuali altre figure coinvolte
<b>PREVENZIONE</b>							
Valutazione fattori di rischio	I	R	R	C	I	I	
Gestione attiva del III terzo stadio	I	R	I	R	I		
<b>DIAGNOSI</b>							
Stima della perdita ematica		R	R	R	I/R		In caso di TC, l'infermiere che non strumentata è responsabile della stima della perdita ematica
Valutazione delle condizioni materne		R	R	R	C		
Individuazione della causa		R	R	C	I		
<b>MISURE ASSISTENZIALI INIZIALI</b>							
Chiamata ostetrica o infermiera		R	R	C	I/r		L'infermiere sarà I o C a seconda dell'organizzazione di sala parto
Monitoraggio parametri vitali materni (MEOWS)	I	R	R	R	I		
Valutazione della perdita ematica		R	R	R	I		
Predisposizione di accessi venosi		C	R	C/R			Talvolta l'ostetrica è R prima dell'arrivo dell'anestesista
Posizionamento catetere vescicale		C	C	R			
Massaggio del fondo uterino		R	I	R			
Prescrizione esami ematochimici		R	R	C	I	I	
Esecuzione prelievo esami ematochimici		R	R	R	I	C	
Esecuzione EGA venoso per valutazione lattati		C	R	C	I	C	
Considerare opportunità di trasferimento in sala operatoria	I	R	R	R	I	C	
Considerare necessità di emoderivati		R	R	C			
Prescrizione dei farmaci prima linea		R	R/C				quando l'anestesista è dedicato e condivide PDTA/protocolli locali può condividere con il ginecologo la migliore strategia farmacologica
Somministrazione dei farmaci prima linea		R	R				

Legenda: R- responsabile, C-coinvolto nelle attività, I- informato delle attività



# Matrice per attribuzione delle responsabilità nella gestione dell'EPP

Attività	Direttore UO	Med Ost	Med Anest	Ost	Inf	OSS	Eventuali altre figure coinvolte
<b>GESTIONE DELL'EPP</b>							
<b>Chiamare aiuto</b>							
Chiamare Medico Ostetrico se non è già presente in Sala Parto		I	I	R	I	C	
Chiamare Ostetrica Capoturno					I	I	
Chiamare Anestesista di guardia					I	I	
Chiamare Medico Ostetrico Reperibile					I	I	
Chiamare Medico e Tecnico Centro Trasfusionale					I	I	
Monitoraggio nella fase acuta							
Monitoraggio intensivo dei parametri e della diuresi					I	I	
Ripristinare la Volemia e Garantire Ossigenazione							
Predisposizione di due accessi venosi, somministrazione di O2		C	R	C	I	I	
Prescrizione esami ematochimici, richiesta emoderivati		R	R	C	I	I	
Esecuzione esami ematochimici		I	I	R	R	I	
Prevenzione ipotermia		C	R	C	I	I	
Prescrizione Terapia infusione ed eventuali emoderivati		R	R	C	I	I	
Somministrazione terapia infusione		R	R	R	I	I	
Somministrazione emoderivati		R	R	C	I	I	
Rianimazione (IOT, catecolamine, ventilazione assistita)		C	R	C	I	I	

non in tutte le UO è presente e codificata questa figura  
 nell'ambito del quale l'anestesista gioca un ruolo cruciale nel mantenere la stabilità emodinamica della paziente e, quando necessario, nello scegliere e praticare la tecnica anestesologica più appropriata"

Legenda: R- responsabile, C-coinvolto nelle attività, I- informato delle attività

*segue*



# Matrice per attribuzione delle responsabilità nella gestione dell'EPP

## segue GESTIONE DELL'EPP

Attività	Direttore UO	Med Ost	Med Anest	Ost	Inf	OSS	Eventuali altre figure coinvolte
<b>Fermare il sanguinamento</b>							
Massaggio Uterino /Compressione Bimanuale		R	C	R	C	I	
Prescrizione farmaci prima e/o seconda linea		R	R/C				
Somministrazione dei farmaci prima e /o seconda linea		C	R				
Valutazione e inserimento di Balloon intrauterino		R	I	C	I	I	
Valutazione e decisione per procedure chirurgiche	C	R	R/C	I	I	I	
Trasferimento in sala operatoria							
Interventi chirurgici	C						
	<b>MONITORAGGIO</b>						
Monitoraggio parametri vitali materni (MEOWS)							
Valutazione della perdita ematica		R	R	R	I	I	
Controllo del tono e fondo uterino		R	I	R	I	I	
Valutazione per trasferimento in Terapia Intensiva		R	R	C	I	I	

quando l'anestesista è dedicato e condivide PDTA/protocolli locali può condividere con il ginecologo la migliore strategia farmacologica

Linea guida EPP "Si raccomanda di coinvolgere il ginecologo ostetrico di guardia o reperibile di maggiore esperienza per un secondo parere nel caso si decida di effettuare un'isterectomia"

Legenda: R- responsabile, C-coinvolto nelle attività, I- informato delle attività

La sicurezza è un «non evento dinamico»



## RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

*Si raccomanda che ciascun punto nascita disponga di procedure multidisciplinari per la gestione dell'EPP, nelle quali siano definiti anche i tempi e le modalità di un eventuale trasporto in emergenza della donna.*

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

*In caso di sospetta placentazione anomala invasiva e cesareo demolitore programmato si raccomanda di eseguire l'intervento in un presidio con risorse professionali e strutturali adeguate.*

*Raccomandazione forte, prove di qualità molto bassa*

*Si raccomanda la formazione e l'addestramento del personale, in quanto l'abilità del team dei professionisti gioca un ruolo determinante nella selezione e nell'efficacia nella pratica delle procedure e degli interventi chirurgici utilizzabili nel trattamento dell'EPP.*

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



- Si raccomanda che ciascun punto nascita disponga di procedure multidisciplinari per la gestione della EPP, nonché la presenza di protocolli in cui siano definiti i tempi, le modalità di un eventuale trasporto in emergenza della donna e la struttura di riferimento.*
- Si raccomandano l'addestramento e la formazione continua multiprofessionale e multidisciplinare sulle emergenze ostetriche, inclusa l'EPP, di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al parto*
- Si raccomanda di condurre simulazioni periodiche multiprofessionali del trattamento dell'EPP*
- Si raccomanda un programma di audit clinici che preveda la valutazione dei casi di EPP e la relativa gestione*



*ESERCITAZIONE SULLA MATRICE  
DELLE RESPONSABILITÀ*

La matrice per l'attribuzione delle responsabilità nella gestione dell'EPP è uno strumento per facilitare la condivisione delle responsabilità assistenziali dei singoli professionisti che compongono l'equipe multidisciplinare chiamata a gestire l'EPP. Ogni gruppo di lavoro, composto da 4 professionisti della stessa unità operativa, è invitato ad attribuire le responsabilità delle diverse attività elencate nella matrice, distinguendo per ogni figura professionale coinvolta nell'equipe di sala parto uno o più ruoli tra i seguenti: responsabile (**R**), coinvolto (**C**) e informato (**I**). Nello schema sono riportate le figure professionali che abitualmente compongono l'equipe di sala parto, l'ultima colonna è riservata ad eventuali altre figure presenti in funzione dell'organizzazione delle singole unità operative. Legenda: R- responsabile del processo assistenziale (team leader), C-coinvolto partecipa, insieme al responsabile, al processo assistenziale, I- informato ma non direttamente coinvolto nel processo assistenziale

Attività	Direttore UO	Med Ost	Med Anest	Ost	Inf	OSS	Eventuali altre figure coinvolte
<b>PREVENZIONE</b>							
Valutazione fattori di rischio							
Gestione attiva del III terzo stadio							
<b>DIAGNOSI</b>							
Stima della perdita ematica							
Valutazione delle condizioni materne							
Individuazione della causa							
<b>MISURE ASSISTENZIALI INIZIALI</b>							
Chiamata ostetrica o infermiera							
Monitoraggio parametri vitali materni (MEOWS)							
Valutazione della perdita ematica							
Predisposizione di accessi venosi							
Posizionamento catetere vescicale							
Massaggio del fondo uterino							
Prescrizione esami ematochimici							
Esecuzione prelievo esami ematochimici							
Esecuzione EGA venoso per valutazione lattati							
Considerare opportunità di trasferimento in sala operatoria							
Considerare necessità di emoderivati							
Prescrizione dei farmaci prima linea							
Somministrazione dei farmaci prima linea							

Attività	Direttore UO	Med Ost	Med Anest	Ost	Inf	OSS	Eventuali altre figure coinvolte
<b>GESTIONE DELL'EPP</b>							
<b>Chiamare aiuto</b>							
Chiamare Medico Ostetrico se non è già presente in Sala Parto							
Chiamare Ostetrica Capoturno							
Chiamare Anestesista di guardia							
Chiamare Medico Ostetrico Reperibile							
Chiamare Medico e Tecnico Centro Trasfusionale							
<b>Monitoraggio nella fase acuta</b>							
Monitoraggio intensivo dei parametri e della diuresi							
<b>Ripristinare la Volemia e Garantire Ossigenazione</b>							
Predisposizione di due accessi venosi, somministrazione di O2							
Prescrizione esami ematochimici, richiesta emoderivati							
Esecuzione esami ematochimici							
Prevenzione ipotermia							
Prescrizione Terapia infusione ed eventuali emoderivati							
Somministrazione terapia infusione							
Somministrazione emoderivati							
Rianimazione (IOT, catecolamine, ventilazione assistita)							
<b>Fermare il sanguinamento</b>							
Massaggio Uterino /Compressione Bimanuale							
Prescrizione farmaci prima e/o seconda linea							
Somministrazione dei farmaci prima e /o seconda linea							
Valutazione e inserimento di Balloon intrauterino							
Valutazione e decisione per procedure chirurgiche							
Trasferimento in sala operatoria							
Interventi chirurgici							

<b>Attività</b>	<b>Direttore UO</b>	<b>Med Ost</b>	<b>Med Anest</b>	<b>Ost</b>	<b>Inf</b>	<b>OSS</b>	<b>Eventuali altre figure coinvolte</b>
<b>MONITORAGGIO DOPO LA RISOLUZIONE DELL'EMORRAGIA</b>							
Monitoraggio parametri vitali materni (MEOWS)							
Valutazione della perdita ematica							
Controllo del tono e fondo uterino							
Valutazione per trasferimento in Terapia Intensiva							

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Ogni unità di ostetricia dovrebbe dotarsi di **procedure multidisciplinari** che prevedano interventi standardizzati per la gestione dell'EPP condivise da parte di tutti i professionisti sanitari. Strumenti utili per la definizione delle procedure comprendono: uno schema di risposta rapida del team, la condivisione di parametri di allerta per far scattare il protocollo (es. schede MEOWS), l'utilizzo di schemi standardizzati di comunicazione, lo sviluppo e l'esecuzione periodica di programmi di simulazione.

Ogni sala parto deve disporre del **materiale** necessario alla gestione dell'emergenza che deve essere convenientemente organizzato affinché sia facilmente reperibile, sempre accessibile e periodicamente controllato.

**Le flow-chart** condivise e adottate per la gestione dell'EPP devono essere prontamente disponibili in modo che i membri dello staff assistenziale possano verificare l'esecuzione di quanto previsto durante la gestione dell'emergenza

La completezza della **documentazione in cartella clinica** prevede la segnalazione accurata dei seguenti aspetti:

- i professionisti coinvolti nell'assistenza (compresi i consulenti di altre discipline allertati) e l'orario del loro coinvolgimento;
- la sequenza degli eventi;
- la somministrazione di farmaci, il timing e la sequenza;
- l'orario degli interventi chirurgici;
- le condizioni della donna durante l'intero percorso assistenziale;
- il timing della somministrazione dei fluidi e dei prodotti del sangue.

*Si raccomanda che ciascun punto nascita disponga di procedure multidisciplinari per la gestione dell'EPP, nelle quali siano definiti anche i tempi e le modalità di un eventuale trasporto in emergenza della donna.*

- *Raccomandazione e di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*In caso di sospetta placentazione anomala invasiva e cesareo demolitore programmato si raccomanda di eseguire l'intervento in un presidio con risorse professionali e strutturali adeguate.*

- *Raccomandazione forte, prove di qualità molto bassa*

*Si raccomanda la formazione e l'addestramento del personale, in quanto l'abilità del team dei professionisti gioca un ruolo determinante nella selezione e nell'efficacia nella pratica delle procedure e degli interventi chirurgici utilizzabili nel trattamento dell'EPP.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*



*Si raccomanda che ciascun punto nascita disponga di procedure multidisciplinari per la gestione della EPP, nonché la presenza di protocolli in cui siano definiti i tempi, le modalità di un eventuale trasporto in emergenza della donna e la struttura di riferimento.*

*Si raccomandano l'addestramento e la formazione continua multiprofessionale e multidisciplinare sulle emergenze ostetriche, inclusa l'EPP, di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza al parto*

*Si raccomanda di condurre simulazioni periodiche multiprofessionali del trattamento dell'EPP*

*Si raccomanda un programma di audit clinici che preveda la valutazione dei casi di EPP e la relativa gestione.*



*PRESENTAZIONE CASO CLINICO 1*



## Caso 1 Alessandra, un'attesa con il fiato sospeso

In base alla storia clinica di Alessandra è corretto affermare che il suo rischio di emorragia post partum:

1. dipende dalla storia di preeclampsia e dalla presenza di una placenta previa
2. dipende dalla storia di preeclampsia e di diabete gestazionale
3. dipende dalla storia di diabete e dalla presenza di una placenta previa
4. dipende dall'età materna avanzata, e dalla presenza di una placenta previa

### Prevenzione

*Si raccomanda di prendere in esame i fattori di rischio per EPP in ogni donna assistita durante la gravidanza e al momento del ricovero per il parto, al fine di identificare precocemente le pazienti a rischio*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda la vigilanza e la diagnosi precoce dell'emorragia in tutti i setting assistenziali perché molti casi di EPP non presentano fattori di rischio identificabili*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*In caso di sospetta placentazione anomala invasiva o di maggiore rischio per la presenza di placenta previa anteriore che ricopre l'orifizio uterino interno o presenta il margine inferiore a <2 cm da esso in donna con precedente taglio cesareo, si raccomanda di condividere con la donna decisioni e modalità assistenziali, da valutare caso per caso, tenendo in considerazione l'età gestazionale, l'organizzazione dell'ospedale e il rischio di emorragia.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*



*Si raccomanda che tutte le donne a maggior rischio di EPP vengano informate e indirizzate a strutture sanitarie dotate di equipe multidisciplinare esperta e dotate di laboratorio e banche del sangue, per la gestione della complessità assistenziale*

In base alla scheda di monitoraggio e allerta MEOWS l'ostetrica dovrebbe:

1. **allertare subito il medico perché ha rilevato un parametro rosso o due parametri gialli**
2. allertare subito l'ostetrica responsabile del reparto perché ha rilevato un parametro giallo
3. ricontrollare i parametri vitali dopo 5 minuti per decidere se allertare l'ostetrica
4. ricontrollare i parametri vitali dopo 5 minuti per decidere se allertare il medico

### Valutazione delle condizioni materne

*Si raccomanda l'adozione di schede di monitoraggio per l'individuazione precoce di condizioni critiche poiché questo intervento facilita l'osservazione.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda di monitorare e documentare in cartella clinica i parametri vitali, il tono uterino, le lochiazioni, i traumi vulvo-vaginali, la funzione vescicale e il dolore di tutte le donne nell'immediato post partum al fine di evidenziare precocemente sintomi e segni clinici di emorragia.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

Il grado dello shock, in questo caso di emorragia post partum, tenendo conto della perdita ematica e dei valori pressori, può essere definito:

1. Grave
2. Moderato
3. **Lieve**
4. Compensato

### Stima della perdita ematica

*Considerata la scarsa accuratezza della stima visuale della perdita ematica, per valutare la gravità della 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*

Perdita ematica	Pressione sistolica	Segni e sintomi	Grado dello shock
500-1.000 ml (10-15%)	Normale	Palpitazioni, tremori, tachicardia	Compensato
1.000-1.500 ml (15-25%)	Leggero decremento (80-100 mmHg)	Debolezza, sudorazione, tachicardia	Lieve
1.500-2.000 ml (25-35%)	Forte decremento (70-80 mmHg)	Agitazione, pallore, oliguria	Moderato
2.000-3.000 ml (35-45%)	Profondo decremento (50-70 mmHg)	Collasso, fame d'aria, anuria	Grave

In ogni caso di EPP, il monitoraggio e la documentazione in cartella clinica dei parametri vitali da riportare nella scheda MEOWS deve essere effettuata:

1. ogni 5 minuti
2. ogni 10 minuti
3. ogni 15 minuti
4. **nel rispetto delle procedure assistenziali condivise nel centro nascita**

*Si raccomanda che la frequenza dei controlli e la modalità del monitoraggio rispettino le procedure assistenziali condivise nel centro nascita.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

Come proseguirà la frase pronunciata dalla ginecologa?

1. “... di 1,7, richiediamo le sacche alla banca del sangue per trasfondere”
2. “... di 1,7, prepariamoci alla somministrazione di ossitocina”
3. “... di 0,6, richiediamo per prudenza le sacche alla banca del sangue nel caso la situazione peggiorasse”
4. “... di 0,6, dobbiamo praticare il massaggio uterino con compressione bimanuale”

### INDICE SHOCK OSTETRICO = Frequenza cardiaca/Pressione arteriosa sistolica

#### FREQUENZA CARDIACA

		FREQUENZA CARDIACA																	
		IS=FC/PA	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130
PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA	130	0,38	0,42	0,46	0,50	0,54	0,58	0,62	0,65	0,69	0,73	0,77	0,81	0,85	0,88	0,92	0,96	1,00	
	125	0,40	0,44	0,48	0,52	0,56	0,63	0,64	0,68	0,72	0,76	0,80	0,84	0,85	0,88	0,96	1,00	1,04	
	120	0,42	0,46	0,50	0,54	0,58	0,63	0,67	0,71	0,75	0,79	0,83	0,88	0,92	0,96	1,00	1,04	1,08	
	115	0,43	0,48	0,52	0,57	0,61	0,65	0,70	0,74	0,78	0,83	0,87	0,91	0,96	1,00	1,04	1,09	1,13	
	110	0,45	0,50	0,55	0,59	0,64	0,68	0,73	0,77	0,82	0,86	0,91	0,95	1,00	1,05	1,09	1,14	1,18	
	105	0,48	0,52	0,57	0,62	0,67	0,71	0,76	0,81	0,86	0,90	0,95	1,00	1,05	1,10	1,14	1,19	1,24	
	100	0,50	0,55	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00	1,05	1,10	1,15	1,20	1,25	1,30	
	95	0,53	0,58	0,63	0,68	0,74	0,79	0,84	0,89	0,95	1,00	1,05	1,11	1,16	1,21	1,26	1,32	1,37	
	90	0,56	0,61	0,67	0,72	0,78	0,83	0,89	0,94	1,00	1,06	1,11	1,17	1,22	1,28	1,33	1,39	1,44	
	85	0,59	0,65	0,71	0,76	0,82	0,88	0,94	1,00	1,06	1,12	1,18	1,24	1,29	1,35	1,41	1,47	1,53	
	80	0,63	0,69	0,75	0,81	0,88	0,94	1,00	1,06	1,13	1,19	1,25	1,31	1,38	1,44	1,50	1,56	1,63	
	75	0,67	0,73	0,80	0,87	0,93	1,00	1,07	1,13	1,20	1,27	1,33	1,40	1,47	1,53	1,60	1,67	1,73	
70	0,71	0,79	0,86	0,93	1,00	1,07	1,14	1,21	1,29	1,36	1,43	1,50	1,57	1,64	1,71	1,79	1,86		

Quale farmaco verrà utilizzato come prima scelta per iniziare a trattare l'atonia uterina di Alessandra?

1. **ossitocina**
2. sulprostone
3. ergometrina
4. misoprostolo

### Uterotonici di I° linea

*In presenza di EPP si raccomanda come trattamento farmacologico di prima linea:*

*– ossitocina 5 UI in bolo endovenoso lento (non meno di 1-2 minuti; non meno di 5 minuti in donne con rischio cardiovascolare)*

*oppure*

*– ergometrina (2 fiale 0,2 mg per via intramuscolare)*

*oppure*

*– combinazione di ossitocina 5 UI per via endovenosa (non meno di 1-2 minuti; non meno di 5 minuti in donne con rischio cardiovascolare) ed ergometrina (2 fiale 0,2 mg intramuscolare) da associare a una terapia di mantenimento con ossitocina per infusione (10 UI in soluzione isotonica per 2 ore).*

- *Raccomandazione forte, prove di qualità molto bassa*

La ginecologa spiega ad Alessandra e a Giuseppe la necessità di ricorrere a una manovra dolorosa come il massaggio bimanuale per fermare il sanguinamento.

### Massaggio del fondo dell'utero

*In presenza di EPP, si raccomanda di associare al trattamento farmacologico il massaggio del fondo dell'utero fino alla sua contrazione o alla riduzione del sanguinamento avvertendo la donna che la manovra può essere dolorosa.*

- *Raccomandazione forte, prove di qualità bassa*

Subito dopo si inizia la somministrazione 5 UI di ossitocina in bolo endovenoso lento seguita da 10 UI in soluzione isotonica, ma Alessandra non risponde al trattamento.

“Passiamo al sulprostone 1 fiala da 0,50mgEV in 250cc (0,3mg/h)” dice la ginecologa “e associamo acido tranexamico, 1 grammo”.

*Si raccomanda di valutare come trattamento farmacologico di seconda linea, in presenza di EPP non responsiva al trattamento di prima linea:*

*– ergometrina (2 fiale 0,2 mg intramuscolare)*

*e/o*

*– sulprostone (1 fiala 0,50 mg per via endovenosa in 250 cc; da 0,1 a 0,4 mg/h fino a un max di 1,5 mg nelle 24 ore).*

- *Raccomandazione debole, prove di qualità molto bassa*

*In assenza di prove che permettano di raccomandare un intervento farmacologico di seconda linea come più efficace rispetto agli altri si raccomanda di scegliere il trattamento in base alle condizioni cliniche della paziente, all'expertise del professionista, alla disponibilità dei farmaci e alle loro controindicazioni.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda la somministrazione precoce, entro 3 ore dal parto, di acido tranexamico - alla dose di 1 g iniettata lentamente per via endovenosa - in donne con EPP dopo parto vaginale o taglio cesareo, in aggiunta al trattamento standard con uterotonici. In caso di persistenza del sanguinamento oltre 30 minuti, o di sua ripresa entro 24 ore dalla prima somministrazione, si raccomanda una seconda dose di acido tranexamico.*

- *Raccomandazione forte, prove di qualità elevata*



Con la nota AIFA del 05/07/2019 il Nalador è stato inserito nell'elenco dei farmaci carenti per problemi produttivi della casa farmaceutica (Bayer) e viene rilasciata l'autorizzazione all'importazione alle strutture sanitarie per analogo autorizzato all'estero.

Il farmaco che meglio si adatta a sostituire il Sulprostone è il Carboprost, un analogo sintetico di una prostaglandina F<sub>2α</sub> (dinoprost), largamente utilizzato nel Regno Unito per il trattamento di seconda linea della EPP.

Gli esami del primo pomeriggio mostrano: emoglobina 7,3 g/dl, lattati 1,69 mmol/l.

Il sanguinamento non cessa e i clinici monitorano attentamente l'entità complessiva della perdita ematica chiedendo anche coagulazione e determinazione del fibrinogeno. La ripresa dei valori pressori (140/85 mmHg) sembra quindi riconducibile soltanto alla somministrazione dei farmaci.

### Trattamento in caso di mancata risposta agli uterotonici

*In presenza di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea si raccomanda di eseguire un esame esplorativo in anestesia, assicurarsi che l'utero sia vuoto e riparare gli eventuali traumi del canale del parto.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*In caso di fallimento dei trattamenti farmacologici di prima e seconda linea si raccomanda di ricorrere senza indugio a procedure e/o interventi chirurgici per arrestare l'emorragia.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

Quale intervento è indicato a questo punto nel caso di Alessandra per tentare di controllare il sanguinamento da atonia uterina?

1. **applicazione di un balloon intrauterino previa esclusione della presenza di lacerazioni o di ritenzione di materiale placentare**
2. tamponamento vaginale previa esclusione della presenza di lacerazioni o di ritenzione di materiale placentare
3. sutura emostatica previa esclusione della presenza di lacerazioni o di ritenzione di materiale placentare
4. legatura delle arterie iliache interne previa esclusione della presenza di lacerazioni o di ritenzione di materiale placentare

### Balloon intrauterino

*In presenza di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea, si raccomanda, dopo aver escluso la presenza di lacerazioni e rottura d'utero o ritenzione di materiale placentare, l'applicazione di un balloon intrauterino prima di ricorrere a procedure o interventi chirurgici invasivi.*

- *Raccomandazione forte, prove di qualità bassa*

*In caso di applicazione di un balloon intrauterino dopo parto vaginale si raccomanda la somministrazione di una singola dose di antibiotico profilassi – ampicillina o cefalosporine di prima generazione.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda l'addestramento del personale all'utilizzo del balloon intrauterino e l'attento monitoraggio della paziente dopo il posizionamento del balloon per riconoscere tempestivamente l'eventuale persistenza del sanguinamento.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

.... Mentre si procede con l'anestesia, io informo il marito, poi vi raggiungo subito".

### Informazioni alla paziente e ai familiari

*Si raccomanda di garantire fin dall'esordio del quadro clinico la comunicazione con la paziente e i suoi familiari.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

Alessandra viene trasferita in una stanza di osservazione post parto per essere monitorata, l'ostetrica informa la ginecologa: "Sono arrivate le sacche. Quattro di emazie concentrate e una di plasma, come richiesto".

## Terapia trasfusionale

*Non sono disponibili parametri di riferimento definiti per decidere quando iniziare la trasfusione di emazie in corso di EPP. Si raccomanda di decidere se effettuare una trasfusione in base alle indicazioni cliniche e di laboratorio valutate dai professionisti sanitari.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

➔ *Si raccomanda di elaborare istruzioni operative sul trattamento della emorragia ostetrica in uso a livello locale che contengano indicazioni chiare su come ottenere disponibilità di sangue in emergenza, incluso sangue di gruppo O, RhD e K negativo, per evitare ritardi in caso di EPP grave.*

## Altri emocomponenti o emoderivati

*In caso di EPP maggiore in atto, e qualora i test dell'emostasi non siano disponibili, si raccomanda, dopo aver somministrato 4 unità di emazie, di infondere plasma fresco congelato alle dosi di 15-20 ml/kg.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda di valutare l'infusione di plasma fresco congelato (15-20 ml/kg) in caso emorragia in atto e di test dell'emostasi alterati, con l'obiettivo di mantenere il tempo di protrombina (PT) ratio e tempo di tromboplastina parziale attivata (APTT) ratio a meno dell'1,5 del normale.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel.*

*Non è raccomandata una profilassi anti-D se una donna RhD negativa riceve plasma fresco congelato o crioprecipitati RhD positivi.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

## **Segue Altri emocomponenti o emoderivati**

*Si raccomanda di mantenere una concentrazione di fibrinogeno plasmatico superiore ai 2 g/L. È possibile aumentare la concentrazione di fibrinogeno infondendo plasma fresco congelato, crioprecipitato o fibrinogeno concentrato (\*).*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*
- (\* Il fibrinogeno concentrato non è registrato in Italia per questo uso*

*In corso di EPP si raccomanda e di valutare la trasfusione di concentrati piastrinici (1 unità random ogni 10 kg di peso o equivalente da donatore unico) in presenza di conte piastriniche inferiori a  $75 \times 10^9/L$ .*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Se una donna RhD negativa riceve piastrine RhD positive è necessaria una profilassi anti-D.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

## Perché la ginecologa esprime tanto pessimismo rispetto alla situazione di Alessandra?

1. **perché si tratta di una emorragia post partum maggiore persistente, con pericolo di vita immediato per la puerpera**
2. perché si tratta di una emorragia post partum maggiore controllata, ma con un possibile pericolo di vita immediato per la puerpera
3. perché si tratta di una emorragia post partum maggiore persistente, con necessità di attento monitoraggio
4. perché si tratta di una emorragia post partum maggiore controllata, con necessità di attento monitoraggio

In quali casi di EPP è raccomandato effettuare una revisione critica del caso mediante audit multidisciplinare?

1. In tutti i casi di EPP a prescindere dalla stima della perdita ematica
2. Nei casi di EPP con perdita ematica  $\geq 1000$  ml
3. **Nei casi di EPP con perdita ematica  $\geq 1500$  ml**
4. Nei casi di EPP con perdita ematica  $\geq 2000$  ml

#### Audit multidisciplinare

*Si raccomanda di effettuare l'analisi di ogni singolo caso di EPP con perdita ematica  $> 1500$  ml*



*ESERCITAZIONE  
SU CASO CLINICO 1*

*Vi preghiamo di leggere il caso clinico e rispondere a tutti i quesiti a risposta multipla barrando il numero della risposta corretta.*

*L'esercitazione prevede di leggere una pagina per volta, passando alla successiva solo dopo aver risposto alle domande della pagina precedente.*

*Buon lavoro!*

## **Caso 1**

### **Alessandra, un'attesa con il fiato sospeso**

Alessandra ha 39 anni e aspetta il secondo figlio. La sua è una gravidanza faticosa, niente a che vedere con la precedente condotta quando aveva 24 anni senza nessuna preoccupazione. "Neppure quando mi hanno detto che dovevano farmi il cesareo perché mi ero gonfiata come un pallone e avevo la pressione troppo alta mi sono angosciata. Mi avevano spiegato che si trattava di preeclampsia e che la situazione era troppo grave per farmi partorire".

Per quella bambina, ora adolescente, Alessandra ha lasciato gli studi universitari e si è dedicata totalmente alla famiglia. Poi la sua esistenza ha preso un'altra piega. Il matrimonio è fallito e si è trovata alle soglie dei 30 anni a dover trovare un lavoro e crescere da sola la sua Giulia.

C'è voluto un bel po' di tempo prima di riprendere in mano la vita. Ma alla fine Alessandra ha trovato un nuovo compagno, Giuseppe, e nuovi progetti per il futuro. La ricerca di un concepimento non si è rivelata però facile. Il primo tentativo si è concluso con un'interruzione spontanea di gravidanza alla 10° settimana, che ha richiesto una revisione della cavità uterina.

"Non si scoraggi, signora" le aveva detto la sua ginecologa "Oggi è frequente diventare mamme anche non giovanissime, per fortuna per lei non è la prima volta. Nel suo caso esiste il rischio che si ripresenti una preeclampsia ma faremo i dovuti controlli in gravidanza e, nel caso, le necessarie terapie. Se poi andrà tutto bene non è detto si debba ripetere per forza un taglio cesareo. Lei ha uno stile di vita salutare, fa regolarmente attività fisica, non fuma, ha un peso corporeo nella norma. Immagino che non le sarà difficile mantenere queste buone abitudini anche durante la gravidanza".

Pochi mesi dopo Alessandra è di nuovo incinta con un IMC pari a 21 kg/m<sup>2</sup>. Ma la gravidanza è complicata da un rialzo pressorio e da un diabete gestazionale per cui viene prescritta una terapia con nifedipina e le viene raccomandata un'alimentazione appropriata. In occasione dell'ecografia del secondo trimestre viene posta una diagnosi di placenta previa.

**In base alla storia clinica di Alessandra è corretto affermare che il suo rischio di emorragia post partum:**

1. dipende dalla storia di preeclampsia e dalla presenza di una placenta previa
2. dipende dalla storia di preeclampsia e di diabete gestazionale
3. dipende dalla storia di diabete e dalla presenza di una placenta previa
4. dipende dall'età materna avanzata, e dalla presenza di una placenta previa

“Tutte a me devono capitare” si lamenta Alessandra con la ginecologa. “Ma dai, cara, hai sempre lottato nella vita e ce l’hai sempre fatta” la consola il marito. “Però questa volta non dipende da me” risponde la donna. “Capisco la sua preoccupazione, signora, la situazione merita una costante attenzione e questo faremo” la rassicura la ginecologa e le illustra i controlli necessari per proseguire in sicurezza la gravidanza.

Raggiunta l’età gestazionale di 35 settimane + 6 giorni, Alessandra viene ricoverata a titolo precauzionale in un presidio di II livello con diagnosi di placenta previa centrale.

È la tarda mattinata di venerdì, quarto giorno di ricovero. Giulia, appena uscita da scuola, passa a salutare la mamma. Alessandra sorride alla figlia, ma subito dopo fa una smorfia. “Cosa c’è mamma?”.

“Non so” risponde la donna mentre allunga la mano verso il campanello “mi sembra di avere delle perdite di liquido e delle contrazioni”.

Subito arriva un’ostetrica che rileva i parametri, sono le ore 11,00. Alessandra è tachicardica (105 bpm) e ipotesa (90/70 mmHg). All’esplorazione vaginale si osservano perdite ematiche di entità significativa e di colore rosso vivo.

**In base alla scheda di monitoraggio e allerta MEOWS cosa dovrebbe fare l’ostetrica:**

1. allertare subito il medico perché ha rilevato un parametro rosso o due parametri gialli
2. allertare subito l’ostetrica responsabile del reparto perché ha rilevato un parametro giallo
3. ricontrollare i parametri vitali dopo 5 minuti per decidere se allertare l’ostetrica
4. ricontrollare i parametri vitali dopo 5 minuti per decidere se allertare il medico

L'ostetrica allerta subito il medico di guardia e lo informa che anche i parametri vitali del feto sono preoccupanti: frequenza cardiaca 180 bpm con variabilità ridotta e assenza di accelerazioni al tracciato cardiotocografico. "Giuseppe, ho avuto un'emorragia, mi portano in sala operatoria per un cesareo" dice la donna al marito cui telefona immediatamente, dopo aver tranquillizzato la figlia.

Alle ore 11,25 nasce Roberto, 3.100 grammi e tanta vivacità. L'intervento non presenta complicanze. La placenta viene rimossa manualmente e la stima della perdita ematica ricavata dai materiali operatori è di 1.200 ml, la PA materna è pari a 100/70 mmHg.

**Il grado dello shock\_in questo caso di emorragia post partum, tenendo conto della perdita ematica e dei valori pressori, può essere definito:**

1. Grave
2. Moderato
3. Lieve
4. Compensato

Nelle prime ore dopo il parto il decorso è del tutto regolare. Giuseppe ha abbandonato in tutta fretta la riunione di lavoro ed è arrivato in ospedale. Pochi minuti per osservare dai vetri della maternità il neonato che dorme tranquillo e poi è subito accanto al letto della sua Alessandra, tenuta al caldo da una coperta e monitorata ogni 5 minuti.

**In ogni caso di EPP, il monitoraggio e la documentazione in cartella clinica dei parametri vitali da riportare nella scheda MEOWS deve essere effettuata:**

1. ogni 5 minuti
2. ogni 10 minuti
3. ogni 15 minuti
4. nel rispetto delle procedure assistenziali condivise nel centro nascita

"Tutto sotto controllo, dottoressa?" chiede speranzoso alla ginecologa.

"Per ora sì, ma bisogna lasciar passare questa giornata prima di pronunciarsi". Purtroppo la cauta risposta della specialista trova riscontro nella realtà. A distanza di 2 ore dal termine del cesareo il sanguinamento prosegue e i parametri vitali di Alessandra peggiorano (frequenza cardiaca 120 bpm, pressione arteriosa 70/45 mmHg, frequenza respiratoria 25 atti/minuto).

La ginecologa sintetizza la situazione utilizzando l'Indice di Shock Ostetrico e si rivolge all'ostetrica: "Adesso siamo a un'ISO..."

**Come proseguirà la frase pronunciata dalla ginecologa?**

1. "... di 1,7, richiediamo le sacche alla banca del sangue per trasfondere"
2. "... di 1,7, prepariamoci alla somministrazione di ossitocina"
3. "... di 0,6, richiediamo per prudenza le sacche alla banca del sangue nel caso la situazione peggiorasse"
4. "... di 0,6, dobbiamo praticare il massaggio uterino con compressione bimanuale"

“Adesso siamo a un’ISO di 1,7. Richiediamo le sacche alla banca del sangue per trasfondere”.  
“Dottoressa, la perdita ematica è di circa 2.000 ml” riferisce l’ostetrica. “L’utero è subcontratto”.  
“Iniziamo i farmaci per l’atonia uterina secondo il protocollo e il massaggio uterino con compressione bimanuale”.

**Quale farmaco verrà utilizzato come prima scelta per iniziare a trattare l’atonia uterina di Alessandra?**

1. ossitocina
2. sulprostone
3. ergometrina
4. misoprostolo

La ginecologa spiega ad Alessandra e a Giuseppe la necessità di ricorrere a una manovra dolorosa come il massaggio bimanuale per fermare il sanguinamento. Subito dopo si inizia la somministrazione 5 UI di ossitocina in bolo endovenoso lento seguita da 10 UI in soluzione isotonica, ma Alessandra non risponde al trattamento. “Passiamo al sulprostone 1 fiala da 0,50mgEV in 250cc (0,3mg/h)” dice la ginecologa “e associamo acido tranexamico, 1 grammo”. “Le scorte di sulprostone sono quasi terminate” dice l’ostetrica “ma la farmacia dell’ospedale ha ordinato il carboprost dal Regno Unito”. “Lo so, ho letto la nota dell’AIFA e parlato con la Direzione Sanitaria, l’efficacia e la sicurezza sono analoghe ma gli anestesisti non saranno contenti della somministrazione IM” risponde la ginecologa.

Gli esami del primo pomeriggio mostrano: emoglobina 7,3 g/dl, lattati 1,69 mmol/l.

Il sanguinamento non cessa e i clinici monitorano attentamente l’entità complessiva della perdita ematica chiedendo anche coagulazione e determinazione del fibrinogeno. La ripresa dei valori pressori (140/85 mmHg) sembra quindi riconducibile soltanto alla somministrazione dei farmaci.

**Quale intervento è indicato a questo punto nel caso di Alessandra per tentare di controllare il sanguinamento da atonia uterina?**

1. applicazione di un balloon intrauterino previa esclusione della presenza di lacerazioni o di ritenzione di materiale placentare
2. tamponamento vaginale previa esclusione della presenza di lacerazioni o di ritenzione di materiale placentare
3. sutura emostatica previa esclusione della presenza di lacerazioni o di ritenzione di materiale placentare
4. legatura delle arterie iliache interne previa esclusione della presenza di lacerazioni o di ritenzione di materiale placentare

“Direi di portarla in sala per posizionare il balloon. È senz’altro l’opzione più appropriata anche perché alla base del sanguinamento c’è un’atonia uterina” dice la ginecologa. “Alla compressione vascolare e all’emostasi della superficie di sanguinamento il balloon associa lo stimolo da stiramento per contrazione riflessa delle cellule muscolari uterine.... Mentre si procede con l’anestesia, io informo il marito, poi vi raggiungo subito”.

Dopo aver escluso lacerazioni, Alessandra viene sottoposta alla revisione della cavità uterina: all’interno sono presenti numerosi coaguli. Subito dopo viene posizionato un balloon Bakri, poi riempito con 300 ml di fisiologica.

Alessandra viene trasferita in una stanza di osservazione post parto per essere monitorata, l’ostetrica informa la ginecologa: “Sono arrivate le sacche. Quattro di emazie concentrate e una di plasma, come richiesto”. “Bene procediamo con la trasfusione. Credo che le utilizzeremo tutte. Ho scritto in cartella anche i colloidali, 3.500 ml”. La ginecologa ritorna poi nella stanza.

“Dottoressa, che notizie mi da?” chiede Giuseppe sempre più in ansia.

“Il sanguinamento è ancora in atto e la situazione è grave. Avrò un’idea precisa nelle prossime ore. Faremo tutto il possibile”.

### **Perché la ginecologa esprime tanto pessimismo rispetto alla situazione di Alessandra?**

1. perché si tratta di una emorragia post partum maggiore persistente, con pericolo di vita immediato per la puerpera
2. perché si tratta di una emorragia post partum maggiore controllata, ma con un possibile pericolo di vita immediato per la puerpera
3. perché si tratta di una emorragia post partum maggiore persistente, con necessità di attento monitoraggio
4. perché si tratta di una emorragia post partum maggiore controllata, con necessità di attento monitoraggio

Nel reparto di terapia intensiva Alessandra resta in ventilazione assistita per le prime 24 ore.

Poi inizia una ripresa piuttosto rapida rispetto alle attese. Il sanguinamento rallenta, tanto che la stima della perdita ematica complessiva resta intorno ai 2.500 ml e i valori di emoglobina si assestano intorno a 7,3-7,5 g/dl per poi risalire gradualmente.

Il terzo giorno viene programmato il trasferimento in ostetricia e pochi giorni dopo Alessandra viene dimessa. “Dovrò prendere molte medicine?” chiede alla ginecologa. “No signora, tanto più che vuole allattare. Ferro solo tanto ferro, che farà bene sia a lei sia al piccolo Roberto”.

Giuseppe è venuto con Giulia per riportare a casa la mamma. “Certo che questo fratellino poteva fare il bravo e lasciarti venire a casa prima” dice Giulia. “Povero Robertino, non è colpa sua, anzi non ho ancora avuto modo di coccolarlo come si deve, ma so che mi aiuterai tu...” risponde Alessandra con un sorriso alla figlia.

### **In quali casi di EPP è raccomandato effettuare una revisione critica del caso mediante audit multidisciplinare?**

1. In tutti i casi di EPP a prescindere dalla stima della perdita ematica
2. Nei casi di EPP con perdita ematica  $\geq 1000$  ml
3. Nei casi di EPP con perdita ematica  $\geq 1500$  ml
4. Nei casi di EPP con perdita ematica  $\geq 2000$  ml



*PRESENTAZIONE DEBRIEFING  
CASO CLINICO 1*



## La simulazione di casi clinici

**La simulazione di casi clinici** si costruisce facendo riferimento a un'esperienza verosimile perché l'esperienza concreta, abbinata all'osservazione riflessiva e alla partecipazione attiva, sono elementi essenziali per assimilare nuove conoscenze e competenze e per agire con maggiore appropriatezza e sicurezza nelle situazioni cliniche reali.

La simulazione è stata identificata come un metodo efficace per sviluppare competenze di giudizio clinico e competenze comunicative interprofessionali, per acquisire maggiore capacità di autovalutazione e per facilitare la collaborazione tra professionisti.



## Il debriefing

La metodica è stata introdotta per la prima volta durante la seconda guerra mondiale dal Generale Marshall - Capo di stato Maggiore dell'Esercito degli USA. Il debriefing è stato ideato come metodo alternativo per mettere in luce gli eventi accaduti in combattimento, non come forma di sostegno psicologico.

La sessione d'incontro avveniva immediatamente dopo il combattimento, coinvolgeva un gruppo ristretto di soldati superstiti e veniva facilitata da un ufficiale di grado superiore.

Gli eventi vissuti dai soldati venivano interpretati in maniera molto diversa, riferendo percezioni e descrizioni differenti rispetto all'accaduto.

L'incontro aiutava la comunicazione tra soldati e ricreava uno spirito di gruppo.

Con la guerra in Corea e in Vietnam psicologi e psichiatri, sostenuti dall'idea che parlare dell'esperienza aiutasse il recupero psicologico, misero a punto la tecnica del debriefing come supporto ai soldati.



## Il debriefing

**Il debriefing** è il processo attraverso il quale i professionisti riesaminano al termine di un evento una situazione clinica al fine di favorire lo sviluppo del ragionamento clinico e la capacità di giudizio attraverso l'apprendimento riflessivo

Dreifuerst, 2009; Arafah et al, 2010

Si tratta di una conversazione, guidata da un facilitatore, che coinvolge tutti i professionisti coinvolti nel caso. Si propone di esplorare e comprendere quanto è successo, quanto è stato appreso e quali sono le possibili azioni di miglioramento. Viene inteso come riflessione sull'esperienza svolta, anche attraverso l'analisi di emozioni e sentimenti, ed è considerato un buon metodo per sviluppare il giudizio clinico.

Andrebbe condotto a non più di 48 ore dal termine dell'evento accaduto perché maggiore è il tempo tra evento e debriefing minore è l'efficacia della discussione



## Caso 1 Alessandra, un'attesa con il fiato sospeso

Partecipanti:

2 ginecologi, 2 ostetriche, 1 anestesista e 1 referente del rischio clinico che hanno risolto il caso clinico e sono disponibili a simulare una procedura di debriefing.

Facilitatore:

Un clinico del gruppo di coordinamento regionale del progetto MOVIE

### **Traccia per il debriefing:**

- ogni professionista descrive l'accaduto specificando gli aspetti positivi dell'assistenza e quelli che ritiene migliorabili
- la ricostruzione deve prendere in esame «technical e non technical skills»
- il facilitatore, attraverso riflessioni guidate con i partecipanti, sintetizza un messaggio di feed-back rispetto all'accaduto e alle possibili azioni di miglioramento



## Caso 1 Alessandra, un'attesa con il fiato sospeso

Traccia per il facilitatore:

*Passare in rassegna le raccomandazioni delle linee guida riportate nella corrispondente presentazione in power point ricordando di:*

- prendere in esame i fattori di rischio per EPP e la vigilanza e la diagnosi precoce dell'EPP
- evidenziare che in caso di placenta previa l'emorragia è immediata perché deriva da una perdita ematica dal segmento uterino inferiore che non si contrae impedendo l'emostasi a livello del sito placentare. In questo caso invece la donna non perde dal sito placentare, ma a causa di una atonia associata, evento raro!
- passare in rassegna la definizione di EPP e la stima della perdita ematica discutendo anche l'uso dell'indice di shock ischemico
- coinvolgere le ostetriche per discutere vantaggi e svantaggi dell'uso delle schede MEOWS
- valutare quando somministrare l'acido tranexamico che in questo caso è stato erroneamente somministrato tardi, considerata la stima della perdita ematica



*PRESENTAZIONE CASO CLINICO 2*



## Caso 2 La gravidanza complicata di Wilma

**Quale risposta dovrebbe dare la specializzanda?**

1. **la preeclampsia e la precedente emorragia post partum**
2. la preeclampsia e il peso neonatale >3.000 g
3. il parto cesareo e la precedente emorragia post partum
4. la preeclampsia e la pluriparità

*Si raccomanda di prendere in esame i fattori di rischio per EPP in ogni donna assistita durante la gravidanza e al momento del ricovero per il parto, al fine di identificare precocemente le pazienti a rischio raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda la vigilanza e la diagnosi precoce dell'emorragia in tutti i setting assistenziali perché molti casi di EPP non presentano fattori di rischio identificabili*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*



*Si raccomanda che tutte le donne a maggior rischio di EPP vengano informate e indirizzate a strutture sanitarie dotate di equipe multidisciplinare esperta e dotate di laboratorio e banche del sangue, per la gestione della complessità assistenziale*

**“Condivido, adesso andiamo a spiegarlo alla signora. Ma le diciamo anche che se la situazione precipita dovremo anticipare l’intervento”.**

### **Informazioni alla paziente e ai familiari**

*Si raccomanda di garantire fin dall’esordio del quadro clinico la comunicazione con la paziente e i suoi familiari.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull’esperienza del panel*

**“Portiamola in sala per il cesareo in emergenza. Chi è oggi l’anestesista? Cercamelo al telefono voglio discutere il caso”.**

*Si raccomanda di gestire l’EPP con un approccio multidisciplinare nell’ambito del quale l’anestesista gioca un ruolo cruciale nel mantenere la stabilità emodinamica della paziente e, quando necessario, nello scegliere e praticare la tecnica anestesologica più appropriata.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull’esperienza del panel*



*Si raccomandano l’introduzione e l’utilizzo di procedure multidisciplinari condivise per la prevenzione e il trattamento dell’EPP*

In base alla classificazione dell'emergenza/urgenza del TC raccomandata nella linea guida SNLG dell'ISS, questa situazione rientra in un

1. codice rosso
2. **codice giallo**
3. codice verde
4. non ci sono elementi sufficienti per consentire la classificazione

*L'ISS nella prima parte della Linea guida sul taglio cesareo del 2010 raccomanda di adottare nella comunicazione con il team e nella documentazione in cartella una classificazione dell'emergenza/urgenza secondo una versione modificata da quella di Lucas che prevede:*

1. **Codice rosso** – pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto
2. **Codice giallo** – compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita
3. **Codice verde** – assenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, ma necessita di anticipare il parto.

*La completezza della documentazione in cartella clinica prevede anche la segnalazione dei consulenti allertati specificando l'orario del loro coinvolgimento.*

### Quale manovre sono appropriate in questa situazione?

1. Procedere rapidamente con un secondamento manuale per estrarre il residuo placentare
2. Sospettare una placentazione anomala e adottare un trattamento conservativo con somministrazione di Metotrexato
3. **Sospettare una placentazione anomala e non utilizzare manovre o tecniche di rimozione della placenta**
4. Procedere rapidamente con una isterectomia

### Placentazione anomala invasiva

*Nel trattamento della placentazione anomala invasiva si raccomanda di non utilizzare manovre e tecniche di rimozione della placenta.*

- *Raccomandazione debole, prove di qualità molto bassa*

## Ci sono prove a favore dell'uso di acido tranexamico nell'emorragia post partum?

1. sì, la somministrazione precoce di 1 g di acido tranexamico riduce le morti materne da emorragia post partum
2. il dato è controverso, la somministrazione precoce di 1 g di acido tranexamico riduce le morti materne da emorragia post partum, ma aumenta l'incidenza di eventi avversi
3. no, non esistono prove a favore della somministrazione precoce di acido tranexamico
4. sì, la somministrazione precoce di 1 g di acido tranexamico riduce il ricorso a interventi chirurgici invasivi

## Uterotonici di I° e II° linea e acido tranexamico

*In presenza di EPP si raccomanda come trattamento farmacologico di prima linea:*

*– ossitocina 5 UI in bolo endovenoso lento (non meno di 1-2 minuti; non meno di 5 minuti in donne con rischio cardiovascolare)*

*oppure*

*– ergometrina (2 fiale 0,2 mg per via intramuscolare)*

*oppure*

*– combinazione di ossitocina 5 UI per via endovenosa (non meno di 1-2 minuti; non meno di 5 minuti in donne con rischio cardiovascolare) ed ergometrina (2 fiale 0,2 mg intramuscolare) da associare a una terapia di mantenimento con ossitocina per infusione (10 UI in soluzione isotonica per 2 ore).*

● *Raccomandazione forte, prove di qualità molto bassa*

## Segue Uterotonici di I° e II° linea e acido tranexamico

*Si raccomanda di valutare come trattamento farmacologico di seconda linea, in presenza di EPP non responsiva al trattamento di prima linea:*

*– ergometrina (2 fiale 0,2 mg intramuscolare)*

*e/o*

*– sulprostone (1 fiala 0,50 mg per via endovenosa in 250 cc; da 0,1 a 0,4 mg/h fino a un max di 1,5 mg nelle 24 ore).*

● *Raccomandazione debole, prove di qualità molto bassa*

*In assenza di prove che permettano di raccomandare un intervento farmacologico di seconda linea come più efficace rispetto agli altri si raccomanda di scegliere il trattamento in base alle condizioni cliniche della paziente, all'expertise del professionista, alla disponibilità dei farmaci e alle loro controindicazioni.*

● *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda la somministrazione precoce, entro 3 ore dal parto, di acido tranexamico - alla dose di 1 g iniettata lentamente per via endovenosa - in donne con EPP dopo parto vaginale o taglio cesareo, in aggiunta al trattamento standard con uterotonici. In caso di persistenza del sanguinamento oltre 30 minuti, o di sua ripresa entro 24 ore dalla prima somministrazione, si raccomanda una seconda dose di acido tranexamico.*

● *Raccomandazione forte, prove di qualità elevata*

## Trattamento in caso di mancata risposta agli uterotonici

*In presenza di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea si raccomanda di eseguire un esame esplorativo in anestesia, assicurarsi che l'utero sia vuoto e riparare gli eventuali traumi del canale del parto.*

● *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*In caso di fallimento dei trattamenti farmacologici di prima e seconda linea si raccomanda di ricorrere senza indugio a procedure e/o interventi chirurgici per arrestare l'emorragia.*

● *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

Qual è il tasso di successo del balloon nell'evitare l'isterectomia in caso di EPP?

1. è pari al 75% circa
2. non è noto
3. è pari al 50%
4. è pari al 65%

### Balloon intrauterino

*In presenza di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea, si raccomanda, dopo aver escluso la presenza di lacerazioni e rottura d'utero o ritenzione di materiale placentare, l'applicazione di un balloon intrauterino prima di ricorrere a procedure o interventi chirurgici invasivi.*

- *Raccomandazione forte, prove di qualità bassa*

*In caso di applicazione di un balloon intrauterino dopo parto vaginale si raccomanda la somministrazione di una singola dose di antibiotico profilassi – ampicillina o cefalosporine di prima generazione.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda l'addestramento del personale all'utilizzo del balloon intrauterino e l'attento monitoraggio della paziente dopo il posizionamento del balloon per riconoscere tempestivamente l'eventuale persistenza del sanguinamento.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

Considerata la perdita ematica stimata (1.300 cc), l'impossibilità di valutare l'eventuale sanguinamento dal moncone placentare residuo e il valore dell'emoglobina stimato mediante EGA (7,8 g/dl) si decide, insieme agli anestesisti coinvolti precocemente, di trasfondere 4 sacche di emazie concentrate più 2 sacche di plasma fresco congelato.

“Non ci siamo, non ci siamo...” Claudia scuote la testa, verificando il mancato controllo dell'emorragia post partum anche dopo il posizionamento del balloon Bakri.

#### **A. Monitorare la fase acuta**

*Si raccomanda di valutare clinicamente, sempre con la massima attenzione, la paziente con EPP in atto poiché in corso di emorragia acuta la concentrazione emoglobinica non riflette la reale condizione clinica.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda di valutare regolarmente emogasanalisi, emocromo e test della coagulazione (PT, APTT, fibrinogeno) durante il sanguinamento.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

## Suture uterine compressive

*In caso di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea e al balloon intrauterino si raccomanda di valutare il ricorso alle suture uterine compressive in base alle condizioni cliniche della paziente, alla modalità di espletamento del parto, all'esperienza dei professionisti sanitari e alle risorse disponibili.*

- *Raccomandazione forte, prove di qualità bassa*

*Si raccomanda l'addestramento del personale all'esecuzione delle suture uterine compressive.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda che in sala operatoria sia disponibile il materiale di sutura necessario e uno schema che descriva la procedura per l'esecuzione delle suture uterine compressive.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

## Legatura selettiva dei vasi pelvici

*In caso di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea e al balloon intrauterino si raccomanda di valutare il ricorso alla legatura dei vasi pelvici in base alle condizioni cliniche della paziente, alla modalità di espletamento del parto, all'esperienza dei professionisti sanitari e alle risorse disponibili.*

- *Raccomandazione debole, prove di qualità bassa*

## Embolizzazione arteriosa

*In caso di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea e al balloon intrauterino si raccomanda di valutare il ricorso a procedure di embolizzazione arteriosa selettiva in base alle condizioni cliniche della paziente, alla modalità di espletamento del parto, all'esperienza dei professionisti sanitari e alle risorse disponibili.*

- *Raccomandazione debole, prove di qualità bassa*

Prima di abbandonare l'ospedale la paziente e il marito sono informati durante un colloquio dedicato su tutto quanto è accaduto durante il ricovero e sull'evoluzione prevista del decorso nelle settimane successive.

### Colloquio con la paziente e partner

*Si raccomanda di offrire alla donna e possibilmente al partner, in un momento appropriato per entrambi, un colloquio sugli eventi che hanno caratterizzato l'EPP, specificando i rischi per le future gravidanze.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*



*Si raccomanda di offrire alla donna e possibilmente al partner, in un momento appropriato per entrambi, un colloquio sugli eventi che hanno caratterizzato l'EPP, specificando i rischi per le future gravidanze*

*Si raccomanda di consegnare alla donna una lettera di dimissione che contenga informazioni dettagliate relative all'EPP e alle eventuali procedure/interventi chirurgici eseguiti*



*ESERCITAZIONE*  
*SU CASO CLINICO 2*

*Vi preghiamo di leggere il caso clinico e rispondere a tutti i quesiti a risposta multipla barrando il numero della risposta corretta.*

*L'esercitazione prevede di leggere una pagina per volta, passando alla successiva solo dopo aver risposto alle domande della pagina precedente.*

*Buon lavoro!*

## **Caso 2**

### **La gravidanza complicata di Wilma**

La mattina è appena iniziata in ospedale dove, nel Reparto di ostetricia e ginecologia che fa parte della rete ItOSS, lavora Claudia, che è molto attenta alla formazione dei giovani colleghi. La ginecologa ha la buona abitudine di discutere con loro i casi più interessanti prima del giro in reparto.

“La signora Wilma ha 29 anni, aveva all’inizio della gravidanza un indice di massa corporea ai limiti superiori della norma (BMI 25,6 kg/m<sup>2</sup> per un peso di 64 kg e un’altezza di 158 cm) ed è fumatrice. Questa è la sua seconda gravidanza. L’abbiamo seguita già due anni fa quando era una primigravida appena giunta in Italia dalle Filippine. La prima gravidanza è stata complicata da preeclampsia sovrimposta a ipertensione cronica. A 40 settimane di età gestazionale ha dato alla luce con taglio cesareo un neonato di sesso femminile con peso di 3.040 grammi. Nel *post partum* si era verificata un’emorragia con perdita stimata pari a 2.000 ml. Non ha storia di precedenti interruzioni volontarie di gravidanza o di aborto spontaneo” spiega la ginecologa alla specializzanda Laura, sfogliando la documentazione clinica. “Trovate tutto scritto qui. Questa è una cartella clinica ben fatta. Devi sempre ricordare quanto è importante l’anamnesi e non trascurare nessun particolare quando sei tu a raccoglierla. Per esempio, quali elementi della storia clinica di questa paziente sono utili per stimare il rischio che l’emorragia si ripeta?”.

#### **Quale risposta dovrebbe dare la specializzanda?**

1. la preeclampsia e la precedente emorragia post partum
2. la preeclampsia e il peso neonatale >3.000 g
3. il taglio cesareo e la precedente emorragia post partum
4. la preeclampsia e la pluriparità

“La preeclampsia e la precedente emorragia post partum” risponde Laura senza indugio.

“Molto bene. Adesso la signora è a 32 settimane più un giorno di età gestazionale. Anche questa volta all’ipertensione cronica si è sovrapposta una preeclampsia”.

“Che terapia fa?” chiede la specializzanda.

“Nifedipina, compresse a rilascio modificato, 60 mg al giorno. Ma lasciami finire perché c’è un problema in più: l’ecografia del secondo trimestre ha evidenziato una placenta previa centrale che copre principalmente la parete posteriore dell’utero”.

“Se non ricordo male” obietta la specializzanda “in una donna che abbia già avuto un taglio cesareo c’è il rischio di trovarsi di fronte a qualcosa di più serio di una placenta previa; la blastocisti può invadere il miometrio attraverso una piccola soluzione di continuo della parete miometriale secondaria al taglio e dare origine a una placenta previa e accreta o percreta”.

“Brava, i dati ItOSS stimano che sia il riscontro di una placenta previa, sia la storia di un precedente taglio cesareo aumentano di circa 3 volte il rischio di isterectomia per placentazione anomala invasiva e se i precedenti TC sono 2 o più l’OR aggiustato sale addirittura a 13!”.

### Rischio di isterectomia dopo PAI, modello di regressione logistica (N=329)

Fattori di rischio		N	% isterectomie	OR adj	95%IC
Ripartizione geografica	Centro Nord	136	32.4	1	
	Centro Sud	248	59.3	2.33	(1.22 - 4.44)
Età	<35 anni	184	46.7	1	
	≥ 35 anni	200	52.5	1.14	(0.63 - 2.04)
Nazionalità	Italiana	308	49.4	1	
	Straniera	71	50.7	1.68	(0.76 - 3.73)
	Laurea	75	28.0	1	
Titolo di studio	Diploma superiore	170	51.8	2.36	(1.12 - 4.96)
	Nessuno, elementare o medie	95	67.4	4.42	(1.83 - 10.70)
	nessuno	124	21.7	1	
Parti precedenti	precedente vaginale	56	28.6	1.12	(0.47 - 2.64)
	1 precedente TC	98	58.2	2.95	(1.41 - 6.18)
	≥ 2 precedenti TC	106	85.9	13.37	(5.61 - 31.85)
Precedente intervento sull'utero	no	299	49.8	1	
	si	80	52.5	1.69	(0.83 - 3.44)
Gravidanza multipla	no	354	52	1	
	si	12	33.3	1.40	(0.33 - 5.90)
Placenta previa diagnosticata prima del parto	no	214	32.2	1	
	si	170	71.8	2.84	(1.59 - 5.07)

Questa condizione ha un’incidenza stimata di 0,84 casi ogni 1.000 parti in Italia, molto più alta che in altri paesi d’Europa, dove oscilla tra 0,17 e 0,46 casi per 1.000 parti. Ma la ragione è sempre la stessa. Nel Bel Paese si fanno troppi cesarei!”

“Nel caso della signora Wilma, però, l’ecografia non segnala alcun sospetto di invasione placentare anomala” osserva Laura guardando le immagini e il referto. “Il feto ha un ritardo di crescita intrauterino e il Doppler è normale”.

“Cosa faresti?”

“Beh, vista la situazione ipertensiva della madre e la restrizione dell'accrescimento fetale la terrei ricoverata e programmerei un cesareo entro la settimana 34”.

“Condivido, adesso andiamo a spiegarlo alla signora. Ma le diciamo anche che se la situazione precipita dovremo anticipare l'intervento”.

Wilma accetta il ricovero un po' a malincuore, ma si convince quando si accorge della comparsa di uno scarso e sporadico sanguinamento vaginale associato a lievi contrazioni uterine non dolorose. Viene avviata la profilassi con corticosteroidi per la prevenzione della sindrome da distress respiratorio.

Nei giorni che trascorre in ospedale, la giovane donna lamenta occasionalmente episodi di cefalea, gastralgia e disturbi visivi. Le gambe sono gonfie e si sente stanca.

E' passata circa una settimana dal ricovero (età gestazionale 33 settimane + 1 giorno).

Verso mezzogiorno Wilma segnala all'ostetrica un intensificarsi delle perdite ematiche genitali. Claudia interviene prontamente, accompagnata da Laura.

“Portiamola in sala per il cesareo in emergenza. Chi è oggi l'anestesista? Cercamelo al telefono voglio discutere il caso”.

**In base alla classificazione dell'emergenza/urgenza del TC raccomandata nella linea guida SNLG dell'ISS, questa situazione rientra in un**

1. codice rosso
2. codice giallo
3. codice verde
4. non ci sono elementi sufficienti per consentire la classificazione

Meno di mezz'ora dopo nasce Angela.

“Che scricciolo” esclama Laura mentre l'ostetrica la pesa (1.700 g).

“Sì proprio uno scricciolino fragile” conferma l'ostetrica annotando il punteggio Apgar: 6 al primo minuto, 5 al quinto minuto, 5 al decimo minuto.

“Il liquido amniotico è limpido” osserva Claudia “ma il secondamento non è completo”.

**Quale manovre sono appropriate in questa situazione?**

1. Procedere rapidamente con un secondamento manuale per estrarre il residuo placentare
2. Sospettare una placentazione anomala e adottare un trattamento conservativo con somministrazione di Metotrexato
3. Sospettare una placentazione anomala e non utilizzare manovre o tecniche di rimozione della placenta
4. Procedere rapidamente con una isterectomia

Claudia procede prudentemente per verificare l'impianto della placenta e poi si ferma. "La placenta aderisce alla parete dell'utero prevalentemente a livello posteriore. E dire che l'eco non aveva rilevato l'accretismo placentare...". Poi si rivolge a Laura: "In un caso come questo non si deve assolutamente tentare di estrarre manualmente la placenta". La placenta viene quindi sezionata, lasciando un residuo di circa 4 centimetri.

"Mettiamo il laccio emostatico e inviamo all'istologico" è l'indicazione della ginecologa.

"Il sanguinamento prosegue, l'utero è atonico" la avvisa l'ostetrica.

Nonostante la terapia con uterotonici di prima linea, il sanguinamento non si arresta.

Claudia imposta quindi la terapia di seconda linea, senza dimenticarsi di fornire anche informazioni utili a Laura: "come vedresti l'impiego dell'acido tranexamico?".

### **Ci sono prove a favore dell'uso di acido tranexamico nell'emorragia post partum?**

1. sì, la somministrazione precoce di 1 g di acido tranexamico riduce le morti materne da emorragia post partum
2. il dato è controverso, la somministrazione precoce di 1 g di acido tranexamico riduce le morti materne da emorragia post partum, ma aumenta l'incidenza di eventi avversi
3. no, non esistono prove a favore della somministrazione precoce di acido tranexamico
4. sì, la somministrazione precoce di 1 g di acido tranexamico riduce il ricorso a interventi chirurgici invasivi

Bastano pochi minuti di attesa per constatare che gli interventi messi in atto non sono sufficienti a controllare l'emorragia. "Il sanguinamento del letto placentare e del moncone non si arresta" constata sempre più preoccupata la ginecologa "Proviamo con il balloon?".

### **Qual è il tasso di successo del balloon nell'evitare l'isterectomia in caso di EPP?**

5. è pari al 75% circa
6. non è noto
7. è pari al 50%
8. è pari al 65%

Claudia annuisce "Proviamo con un Bakri, riempimento di 400 cc. E intanto trasfendiamo".

Considerata la perdita ematica stimata (1.300 cc), l'impossibilità di valutare l'eventuale sanguinamento dal moncone placentare residuo e il valore dell'emoglobina stimato mediante EGA (7,8 g/dl) si decide, insieme agli anestesisti coinvolti precocemente, di trasfondere 4 sacche di emazie concentrate più 2 sacche di plasma fresco congelato.

"Non ci siamo, non ci siamo..." Claudia scuote la testa, verificando il mancato controllo dell'emorragia post partum anche dopo il posizionamento del balloon Bakri.

Si procede con la legatura bilaterale delle arterie uterine, Wilma viene trasferita in TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria) per il monitoraggio clinico intensivo. Riceve altre 2 sacche di emazie concentrate. Il balloon Bakri viene rimosso il giorno stesso del trasferimento senza il verificarsi di sanguinamento.

I controlli ecografici successivi eseguiti a distanza di un paio di settimane confermano la presenza di placenta ritenuta (diametro massimo 7 centimetri) a struttura disomogenea che occupa la cavità uterina a livello del fondo-parete posteriore e appare moderatamente vascolarizzata.

Wilma viene dimessa con terapia antibiotica e indicazione a controlli ecografici programmati. Prima di abbandonare l'ospedale la paziente e il marito sono informati durante un colloquio dedicato su tutto quanto è accaduto durante il ricovero e sull'evoluzione prevista del decorso nelle settimane successive. Claudia consegna alla coppia la versione divulgativa delle linee guida

sull'emorragia post partum e aggiunge "Comunque qualsiasi cosa succeda nel frattempo, sanguinamento o febbre, tornate immediatamente da noi".

Claudia rimane sola con Laura: "È stato davvero un caso difficile, per fortuna alla fine tutto è andato bene". "Sì, e ho imparato davvero molto" risponde Laura, "se al prossimo controllo con color doppler risultasse necessario rimuovere il residuo placentare lo faremo previa embolizzazione".

"Pensa se non fosse capitata qui da noi, che siamo un centro di secondo livello... Proprio nell'ultima riunione che abbiamo avuto all'ISS si è parlato dell'importanza di riorganizzare la rete dei punti nascita secondo un modello hub & spoke e prevedendo pochi presidi ad alta specialità in cui concentrare e seguire questi casi".



*PRESENTAZIONE CASO CLINICO 3*



## Caso 3 “Tutte a me devono capitare...”

“Senz’altro” risponde l’ostetrica e aggiunge commentando con un’allieva presente in sala “c’è da dire che da quando in reparto abbiamo introdotto il MEOWS è molto più facile tenere sotto controllo la situazione!”.

**A che cosa fa riferimento l’ostetrica con questa affermazione?**

1. a un sistema grafico di monitoraggio dei parametri vitali
2. a una apparecchiatura di monitoraggio dei parametri vitali
3. a un sistema grafico di monitoraggio dei parametri vitali nel post partum
4. a una apparecchiatura di monitoraggio dei parametri vitali nel post partum

*Si raccomanda di monitorare e documentare in cartella clinica i parametri vitali, il tono uterino, le lochiazioni, i traumi vulvo-vaginali, la funzione vescicale e il dolore di tutte le donne nell’immediato post partum al fine di evidenziare precocemente sintomi e segni clinici di emorragia.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull’esperienza del panel*

*Si raccomanda che la frequenza dei controlli e la modalità del monitoraggio rispettino le procedure assistenziali condivise nel centro nascita.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull’esperienza del panel*

*Si raccomanda l’adozione di schede di monitoraggio per l’individuazione precoce di condizioni critiche poiché questo intervento facilita l’osservazione.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull’esperienza del pa*

In sala operatoria si assiste a una copiosa e improvvisa emorragia genitale accompagnata da un sanguinamento dal tramite del drenaggio e dalla sutura laparotomica.

Mentre si provvede alla somministrazione di uterotonici (ossitocina 15 UI, sulprostone 0,5 mg) e di acido tranexamico 1 g, si decide infatti per la re-laparotomia.

### Uterotonici di I° e II° linea e acido tranexamico

*In presenza di EPP si raccomanda come trattamento farmacologico di prima linea:*

*– ossitocina 5 UI in bolo endovenoso lento (non meno di 1-2 minuti; non meno di 5 minuti in donne con rischio cardiovascolare)*

*oppure*

*– ergometrina (2 fiale 0,2 mg per via intramuscolare)*

*oppure*

*– combinazione di ossitocina 5 UI per via endovenosa (non meno di 1-2 minuti; non meno di 5 minuti in donne con rischio cardiovascolare) ed ergometrina (2 fiale 0,2 mg intramuscolare) da associare a una terapia di mantenimento con ossitocina per infusione (10 UI in soluzione isotonica per 2 ore).*

● *Raccomandazione forte, prove di qualità molto bassa*

*Si raccomanda di valutare come trattamento farmacologico di seconda linea, in presenza di EPP non responsiva al trattamento di prima linea:*

*– ergometrina (2 fiale 0,2 mg intramuscolare)*

*e/o*

*– sulprostone (1 fiala 0,50 mg per via endovenosa in 250 cc; da 0,1 a 0,4 mg/h fino a un max di 1,5 mg nelle 24 ore).*

● *Raccomandazione debole, prove di qualità molto bassa*

### Segue Uterotonici di I° e II° linea e acido tranexamico

*In assenza di prove che permettano di raccomandare un intervento farmacologico di seconda linea come più efficace rispetto agli altri si raccomanda di scegliere il trattamento in base alle condizioni cliniche della paziente, all'expertise del professionista, alla disponibilità dei farmaci e alle loro controindicazioni.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda la somministrazione precoce, entro 3 ore dal parto, di acido tranexamico - alla dose di 1 g iniettata lentamente per via endovenosa - in donne con EPP dopo parto vaginale o taglio cesareo, in aggiunta al trattamento standard con uterotonici. In caso di persistenza del sanguinamento oltre 30 minuti, o di sua ripresa entro 24 ore dalla prima somministrazione, si raccomanda una seconda dose di acido tranexamico.*

- *Raccomandazione forte, prove di qualità elevata*

### Trattamento in caso di mancata risposta agli uterotonici

*In presenza di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea si raccomanda di eseguire un esame esplorativo in anestesia, assicurarsi che l'utero sia vuoto e riparare gli eventuali traumi del canale del parto.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*In caso di fallimento dei trattamenti farmacologici di prima e seconda linea si raccomanda di ricorrere senza indugio a procedure e/o interventi chirurgici per arrestare l'emorragia.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

Ore 03:10. Si inizia l'intervento. Dal laboratorio giungono i risultati degli esami urgenti: Hb 9,2 g/dl, lattati 4,3 mmol/l.

#### A. Monitorare la fase acuta

*Si raccomanda di valutare clinicamente, sempre con la massima attenzione, la paziente con EPP in atto poiché in corso di emorragia acuta la concentrazione emoglobinica non riflette la reale condizione clinica.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Si raccomanda di valutare regolarmente emogasanalisi, emocromo e test della coagulazione (PT, APTT, fibrinogeno) durante il sanguinamento.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

**Quale affermazione è vera sugli esami di laboratorio e in particolare sui valori di emoglobina e fibrinogeno nel caso si sospetti una coagulopatia?**

1. **non riflettono fedelmente il quadro clinico e in genere sottostimano la gravità**
2. non riflettono fedelmente il quadro clinico e in genere sovrastimano la gravità,
3. riflettono fedelmente il quadro clinico,
4. riflettono fedelmente il quadro clinico solo se la perdita è >1500 ml

#### CID

*Si raccomanda di formulare la diagnosi di CID sia mediante una valutazione clinica sia attraverso gli esami di laboratorio che devono essere ripetuti per monitorare in maniera dinamica l'evoluzione del quadro clinico.*  
*raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*In caso di insorgenza di CID si raccomanda il trattamento della condizione di base responsabile della coagulopatia.*

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

Ore 03:25. Inizia l'intervento in emergenza.

La pressione arteriosa è 90/60 mmHg.

Il chirurgo descrive ad alta voce i primi atti della procedura operatoria: "Aperta la parete addominale si visualizza l'utero di volume molto aumentato con caratteristiche di infarcimento emorragico (utero apoplettico) e sede di numerosi miomi. Si segnala la presenza di briglie aderenziali tra fondo-parete posteriore dell'utero e parete pelvica sinistra. Non si visualizza l'annessò di sinistra. Si attribuisce l'emorragia del post partum alla fibromatosi uterina".

"Come procediamo, dottore?" chiede lo strumentista.

"Come sono le condizioni emodinamiche della paziente?" si informa il primo operatore dall'anestesista.

"Critiche e in peggioramento. Ho intubato la paziente, è anurica, in acidosi e in stato di shock. La perdita stimata è intorno ai 3.000 ml".

"Non c'è spazio per una condotta conservativa. Procediamo con l'isterectomia emostatica subtotale" nella voce del chirurgo si avverte tutto il peso di una decisione così drastica.

"Sono assolutamente d'accordo con te" dichiara l'anestesista "Questa donna non può perdere altro sangue".

"Ti ringrazio. Ho sempre molti dubbi nel praticare l'isterectomia. Non posso dimenticare che in Italia viene effettuata con eccessiva disinvoltura rispetto ad altri paesi europei".

"Lo so, il tasso di isterectomia qui da noi si aggira intorno a 1 su 1.000 parti ed è circa triplo rispetto a Regno Unito, Europa del Nord e Paesi Bassi Ma in questo caso era inevitabile".

## Isterectomia

*Si raccomanda di ricorrere all'isterectomia prima che le condizioni della paziente risultino critiche specialmente in caso di sospetta placentazione anomala invasiva e/o di rottura d'utero o nel caso il chirurgo non abbia esperienza con le procedure/interventi chirurgici conservativi per il trattamento dell'EPP grave.*

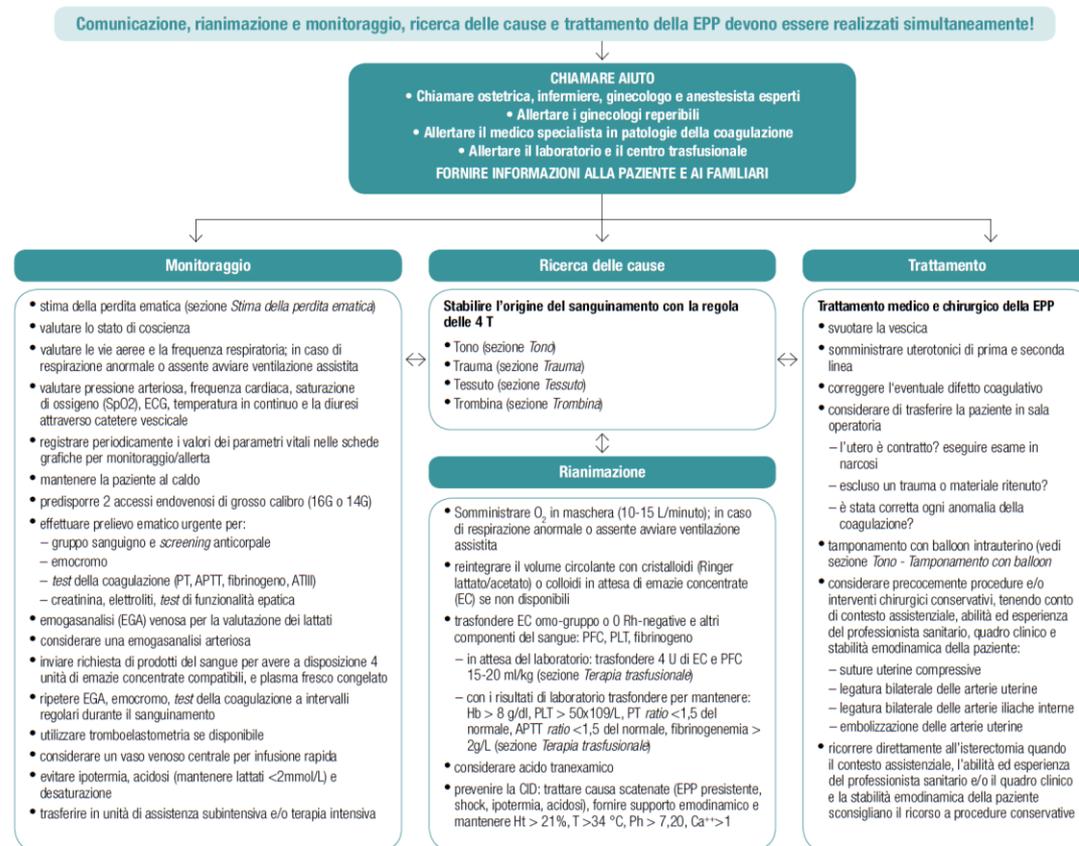
- *Raccomandazione forte, prove di qualità bassa*

*Si raccomanda di coinvolgere il ginecologo ostetrico di guardia o reperibile di maggiore esperienza per un secondo parere nel caso si decida di effettuare un'isterectomia.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

## Come va gestito nel post operatorio un caso di emorragia post partum maggiore persistente come quello occorso a Giorgia?

1. trasferimento in terapia intensiva
2. trasferimento in altro presidio sanitario
3. monitoraggio intensivo in sala parto
4. monitoraggio intensivo in reparto



Flow chart 4. Gestione della EPP maggiore (superiore a 1.000 ml) persistente

## Quali trattamenti verranno verosimilmente prescritti alla dimissione?

1. **terapia marziale e profilassi antitrombotica**
2. trasfusioni in day hospital e profilassi antitrombotica
3. terapia marziale e prosecuzione della copertura antibiotica
4. trasfusioni in day hospital e prosecuzione della copertura antibiotica

**Giorgia viene dimessa in terapia marziale associata a folina, profilassi antitrombotica (enoxaparina 4.000 UI al giorno per 21 giorni) e nifedipina 30 mg 2 volte al giorno per 15 giorni.**

## Tromboprofilassi

*In caso di EPP associata ad altri fattori di rischio di tromboembolismo venoso preesistenti o ostetrici, si raccomanda la profilassi farmacologica del TEV con eparine a basso peso molecolare una volta controllato il sanguinamento. La profilassi va proseguita anche dopo il parto, previa esclusione della presenza di EPP secondaria.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Nelle donne con EPP massiva e coagulopatia si raccomanda di istituire una profilassi farmacologica del tromboembolismo venoso con eparina a basso peso molecolare non appena il sanguinamento sia controllato e la coagulopatia corretta.*

- *Raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel*

*Nelle donne con EPP massiva e coagulopatia, si raccomanda di attuare una profilassi con mezzi meccanici (calze elastiche e/o compressione pneumatica intermittente) qualora la profilassi farmacologica del tromboembolismo venoso non sia attuabile per un rischio emorragico troppo elevato.*

- *Raccomandazione debole, prove di qualità bassa*



*ESERCITAZIONE*  
*SU CASO CLINICO 3*

*Vi preghiamo di leggere il caso clinico e rispondere a tutti i quesiti a risposta multipla barrando il numero della risposta corretta.*

*L'esercitazione prevede di leggere una pagina per volta, passando alla successiva solo dopo aver risposto alle domande della pagina precedente.*

*Buon lavoro!*

### **Caso 3**

#### **“Tutte a me devono capitare...”**

Giorgia è un avvocato. A 43 anni è riuscita finalmente a coronare il suo desiderio di maternità ricorrendo alla procreazione medicalmente assistita (ovodonazione, fecondazione *in vitro* e transfer dell'embrione).

Dalla sua anamnesi patologica remota si capisce subito il perché: tre anni fa ha subito l'enucleazione di una cisti endometriosa dell'ovaio sinistro e una miomectomia in laparoscopia. L'anno successivo si è verificata una recidiva a carico dell'ovaio che è stata rioperata, sempre in laparoscopia. La gestazione è stata complicata da un diabete gestazionale e da una colestasi intraepatica gravidica.

“Tutte a me devono capitare” ha esclamato Giorgia sull'orlo di una crisi di pianto quando, a 36 settimane + 1 giorno (altezza 1,73 cm, peso corporeo 81 kg a 36 settimane) la ginecologa che la segue le ha raccomandato di andare in Pronto soccorso. “C'è qualche segnale che merita attenzione” le ha detto cercando l'approccio meno allarmistico possibile, avendo riscontrato un rialzo pressorio (valori sistolici tra 145 e 155 mmHg e diastolici tra 100 e 105 in 3 determinazioni a 3 minuti di distanza), e all'ecografia oligoidramnios e bradicardia fetale (110 bpm con episodi di decelerazione).

In pronto soccorso Giorgia giunge accompagnata dal marito Alfredo e viene accolta dall'ostetrica e dal ginecologo di turno. “Vedo che il termine di gravidanza era previsto tra 4 settimane esatte” le dice il ginecologo esaminando la documentazione che la donna ha portato con sé.

“Sì, dottore, era già stata fissata la data del cesareo, ma non è difficile capire che adesso questi programmi sono saltati...”.

“Eh, sì. Ha fatto bene la collega a inviarla in ospedale. C'è una sofferenza fetale in atto e dobbiamo effettuare un cesareo. Viste le operazioni che ha già fatto non è proprio il caso di pensare a un parto naturale”.

“Me lo aspettavo” risponde Giorgia. “Con tutto quello che abbiamo passato per avere questo bambino, non vogliamo rischiare nulla” aggiunge il marito.

Viene chiamato l'anestesista e attivata la risposta multidisciplinare all'emergenza. L'anestesista predispone due accessi venosi e fa inviare un prelievo ematico urgente per emocromo, gruppo sanguigno e prove crociate, profilo della coagulazione, uricemia, elettroliti e lattati.

Ore 20:55. Viene eseguito il taglio cesareo e non si osserva alcun sanguinamento patologico. Si estrae un feto di sesso maschile del peso di 1.940 g (Apgar 8 a 5 minuti).

Ore 20:57. Secondamento manuale. Dall'ecografia effettuata nel post operatorio si visualizza con difficoltà materiale endouterino disomogeneo dello spessore massimo di 40 mm compatibile con scarsi coaguli.

“I parametri vitali sono stabili” dichiara l'anestesista.

“Bene, allora proseguiamo con il monitoraggio secondo protocollo per alto rischio di emorragia post partum” dice il ginecologo un attimo prima di allontanarsi dalla sala operatoria.

“Senz’altro” risponde l’ostetrica e aggiunge commentando con un’allieva presente in sala “c’è da dire che da quando in reparto abbiamo introdotto il MEOWS è molto più facile tenere sotto controllo la situazione!”.

**A che cosa fa riferimento l’ostetrica con questa affermazione?**

1. a un sistema grafico di monitoraggio dei parametri vitali
2. a una apparecchiatura di monitoraggio dei parametri vitali
3. a un sistema grafico di monitoraggio dei parametri vitali nel *post partum*
4. a una apparecchiatura di monitoraggio dei parametri vitali nel *post partum*

Nel caso di Giorgia l’adozione del Modified Early Obstetrics Warning System mostra tutta la sua utilità nell’individuare tempestivamente una situazione ad alto rischio.

Nel cuore della notte la puerpera chiama l’infermiera. E’ in stato di agitazione, pallida e tremante.

“Il cuore batte forte e ho la vista annebbiata” riferisce molto preoccupata.

Ore 02:40. Episodio presincopale con ipotensione arteriosa (80/40 mmHg) e tachicardia sinusale a 140 bpm. Si pratica EGA che mostra Hb pari a 7,2 g/dl.

“L’utero è poco contratto e il fondo uterino si apprezza tre dita sopra l’ombelicale trasversa, ci sono perdite ematiche dai genitali e dal drenaggio” riferisce per telefono l’ostetrica al ginecologo.

“Riportiamola in sala parto per un monitoraggio intensivo, ripetiamo l’eco e rivalutiamo il caso” è la risposta.

L’ecografia evidenzia un aumento del materiale disomogeneo presente nella cavità uterina, che ha raggiunto lo spessore massimo di 70 mm”.

“Questi sono coaguli” decreta senza ombra di dubbio lo specialista osservando il monitor.

Ore 02:55. Nuovo episodio presincopale.

“Si torna in sala” pensa il ginecologo, incerto se orientarsi verso una revisione della cavità uterina o una re-laparotomia. Ma la risposta viene direttamente dall’evoluzione del caso: infatti in sala operatoria si assiste a una copiosa e improvvisa emorragia genitale accompagnata da un sanguinamento dal tramite del drenaggio e dalla sutura laparotomica.

Mentre si provvede alla somministrazione di uterotonici (ossitocina 15 UI, sulprostone 0,5 mg) e di acido tranexamico 1 g, si decide infatti per la re-laparotomia.

Ore 03:10. Si inizia l’intervento. Dal laboratorio giungono i risultati degli esami urgenti: Hb 9,2 g/dl, lattati 4,3 mmol/l .

**Quale affermazione è vera sugli esami di laboratorio e in particolare sui valori di emoglobina e fibrinogeno nel caso si sospetti una coagulopatia?**

1. non riflettono fedelmente il quadro clinico e in genere sottostimano la gravità
2. non riflettono fedelmente il quadro clinico e in genere sovrastimano la gravità,
3. riflettono fedelmente il quadro clinico,
4. riflettono fedelmente il quadro clinico solo se la perdita è >1500 ml

Ore 03:25. Inizia l’intervento in emergenza.

La pressione arteriosa è 90/60 mmHg.

Il chirurgo descrive ad alta voce i primi atti della procedura operatoria: “Aperta la parete addominale si visualizza l’utero di volume molto aumentato con caratteristiche di infarcimento

emorragico (utero apoplettico) e sede di numerosi miomi. Si segnala la presenza di briglie aderenziali tra fondo-parete posteriore dell'utero e parete pelvica sinistra. Non si visualizza l'annessò di sinistra. Si attribuisce l'emorragia del post partum alla fibromatosi uterina".

"Come procediamo, dottore?" chiede lo strumentista.

"Come sono le condizioni emodinamiche della paziente?" si informa il primo operatore dall'anestesista.

"Critiche e in peggioramento. Ho intubato la paziente, è anurica, in acidosi e in stato di shock. La perdita stimata è intorno ai 3.000 ml".

"Non c'è spazio per una condotta conservativa. Procediamo con l'isterectomia emostatica subtotale" nella voce del chirurgo si avverte tutto il peso di una decisione così drastica.

"Sono assolutamente d'accordo con te" dichiara l'anestesista "Questa donna non può perdere altro sangue".

"Ti ringrazio. Ho sempre molti dubbi nel praticare l'isterectomia. Non posso dimenticare che in Italia viene effettuata con eccessiva disinvoltura rispetto ad altri paesi europei".

"Lo so, il tasso di isterectomia qui da noi si aggira intorno a 1 su 1.000 parti ed è circa triplo rispetto a Regno Unito, Europa del Nord e Paesi Bassi ma in questo caso era inevitabile".

Durante la procedura si infondono 8 sacche di emazie concentrate e 4 sacche di plasma oltre a 4.000 ml di cristalloidi e 1.000 ml di colloidi.

Mentre i due medici si confrontano sull'appropriatezza dell'isterectomia, procedono alla chiusura della parete addominale: "Possiamo farle la sutura intradermica così almeno non ha i punti da rimuovere".

### **Come va gestito nel post operatorio un caso di emorragia post partum maggiore persistente come quello occorso a Giorgia?**

1. trasferimento in terapia intensiva
2. trasferimento in altro presidio sanitario
3. monitoraggio intensivo in sala parto
4. monitoraggio intensivo in reparto

Giorgia viene trasferita in terapia intensiva post operatoria (TIPO). Vi giunge in ventilazione meccanica, ma verrà estubata la mattina successiva.

Viene impostata una copertura antibiotica con ampicillina/sulbactam 2 grammi ogni 8 h per via endovenosa. All'ingresso in TIPO si riscontra un lieve rialzo della troponina (0,23 ng/ml) in assenza di alterazioni elettrocardiografiche.

Il giorno successivo a seguito di una riduzione dei valori di emoglobina a 6,3 g/dl, viene effettuata un'ecografia dell'addome che mette in evidenza "liquido libero nello scavo pelvico dello spessore massimo di 4,5 cm ed esteso lungo le docce parietocoliche". La TC addominale, effettuata lo stesso pomeriggio, mostra "diffusa imbibizione edematosa emorragica del tratto distale dei muscoli retti con spessore massimo di 45 mm senza segni di sanguinamento attivo e minima falda fluida nello scavo pelvico a densità sovraidrica".

"Eviterei di tornare in sala e per il momento mi limiterei a trasfondere altre 2 sacche di emazie concentrate" questa volta l'orientamento del ginecologo è attendista. E il decorso delle ore successive gli dà ragione.

I valori di emoglobina risalgono a 7,8 g/dl e la situazione emodinamica si stabilizza. I livelli dei lattati scendono e la diuresi riprende. Anche il valore della troponina si normalizza gradualmente.

Giorgia torna nel reparto di ostetricia in terza giornata. Ha un unico pensiero: tenere tra le braccia il piccolo Filippo, "Chi l'avrebbe mai detto... pochi giorni fa non c'era!" esclama Giorgia seduta nella poltroncina della camera.

Pochi minuti di attesa ed entrano l'ostetrica e il ginecologo per il colloquio conclusivo e le indicazioni alle dimissioni.

#### **Quali trattamenti verranno verosimilmente prescritti alla dimissione?**

1. terapia marziale e profilassi antitrombotica
2. trasfusioni in day hospital e profilassi antitrombotica
3. terapia marziale e prosecuzione della copertura antibiotica
4. trasfusioni in day hospital e prosecuzione della copertura antibiotica

Giorgia viene dimessa in terapia marziale associata a folina, profilassi antitrombotica (enoxaparina 4.000 UI al giorno per 21 giorni) e nifedipina 30 mg 2 volte al giorno per 15 giorni.

“E mi raccomando mi cerchi per qualsiasi disturbo che non la convince, ma anche solo per un minimo dubbio” le raccomanda l’ostetrica.

“La cercherò senz’altro, con quello che abbiamo passato siamo assaliti da mille paure”.

“Ma no, andrà tutto bene. Vedrà che ci sentiremo solo per gli aggiornamenti su come sta crescendo il giovanotto”.

# *PRESENTAZIONE SIMULAZIONE AUDIT*



In caso di grave morbosità materna o nei casi ritenuti meritevoli di approfondimento dai clinici per la loro complessità o per il loro potenziale educativo, si raccomanda di organizzare un audit locale che preveda la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza.





## Quale metodologia di audit?

I presidi sanitari possono adottare metodologie diverse di audit, ma la discussione tra pari deve essere realizzata in ogni caso di mortalità materna e nei casi di morbosità materna che, a parere dei clinici, meritano un approfondimento.

La metodologia raccomandata da ItOSS per eseguire l'audit è quella del Significant Event Audit (SEA)\* che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, con il fine di migliorare la qualità dell'assistenza

*\* "L'Audit clinico". Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio III; Maggio 2011*



## Il Significant Event Audit (SEA)

Presenta due aspetti caratteristici:

- Oltre a focalizzarsi su aspetti negativi (insuccessi, near miss, eventi avversi) è indirizzato anche all'individuazione di comportamenti virtuosi ed attività assistenziali efficaci per evidenziare, anche in momenti di grande difficoltà, esempi di buone pratiche.
- Non è un metodo quantitativo, ma piuttosto un'attività di riflessione condivisa tra pari. Pertanto, si differenzia dal tradizionale processo di audit clinico che si caratterizza per la raccolta su vasta scala di dati quantitativi da confrontare con criteri e standard misurabili e predefiniti.



## Finalità del SEA

1. Identificare nei singoli casi in esame le azioni utili o dannose che si sono dimostrate rilevanti ai fini dell'esito.
2. Promuovere una cultura della trasparenza finalizzata al miglioramento e non alla colpevolizzazione.
3. Coinvolgere i vari professionisti che operano nei diversi settori correlati all'evento avverso.
4. Favorire la costituzione di un gruppo di pari e l'opportunità di sostegno ai professionisti in caso di episodi di stress.
5. Individuare le buone pratiche.
6. Sostenere la crescita professionale identificando le esigenze di aggiornamento del gruppo e dei singoli.



## Metodologia del SEA

L'incontro deve essere programmato in giorni e orari che facilitino la partecipazione dei professionisti coinvolti nell'assistenza, evitando il più possibile interruzioni delle attività di routine. E' buona regola avere un appuntamento settimanale dedicato per discutere i casi clinici complessi in maniera multidisciplinare;

E' necessario raccogliere tutte le informazioni disponibili sull'evento e ricostruire la sequenza cronologica attraverso l'analisi della documentazione clinica.



L'analisi dell'evento significativo deve essere facilitata rispondendo a quattro quesiti:

- 1. Cosa è accaduto?*
- 2. Perché è accaduto?*
- 3. Cosa è possibile imparare dall'analisi dell'evento?*
- 4. Quali azioni è possibile intraprendere per prevenire casi analoghi?*



## Metodologia del SEA

### Cosa è accaduto?

Descrivere nel dettaglio il caso clinico e chi è stato coinvolto nell'assistenza. Considerare inoltre l'impatto dell'evento sui familiari della donna per gestire in maniera efficace la comunicazione, sul team assistenziale e sull'organizzazione.

### Perché è accaduto?

Descrivere le cause principali e secondarie che hanno contribuito al verificarsi del caso, specificando gli aspetti positivi e negativi che hanno caratterizzato l'assistenza. Considerare, ad esempio, la professionalità del team assistenziale, l'eventuale carenza del sistema organizzativo, la mancanza di appropriate conoscenze e la complessità dell'evento. Specificare se il caso clinico può essere definito, a parere del gruppo multidisciplinare, un evento prevenibile.



## Metodologia del SEA

### Cosa è possibile imparare dall'analisi dell'evento?

Confermare che è stata effettuata un'analisi di gruppo dell'evento e prendere in esame, ad esempio, la necessità di aggiornamento e training; il bisogno di rispettare procedure e protocolli; la necessità di riconsiderare il lavoro di team e la comunicazione.

### Quali azioni è possibile intraprendere per prevenire casi analoghi?

Descrivere, ove opportuno e fattibile, le azioni concordate e promosse alla luce del caso preso in esame. Considerare, ad esempio, l'opportunità di introdurre, aggiornare o correggere un protocollo assistenziale e predisporre le modalità di implementazione e verifica delle azioni concordate.



## Caso 3 “Tutte a me devono capitare...”

### Partecipanti:

1 ginecologo responsabile del reparto di ostetricia, 1 ginecologo di guardia, 2 ostetriche, 1 anestesista e 1 referente del rischio clinico che hanno risolto il caso e sono disponibili a simulare un audit.

### Facilitatore:

Un clinico del gruppo di coordinamento regionale del progetto MOVIE

### **Traccia per l'audit:**

Il facilitatore guida la discussione avendo cura di far partecipare tutti i presenti alla discussione del caso e rispondendo ai quattro quesiti guida del SEA:

- Cosa è accaduto?
- Perché è accaduto?
- Cosa è possibile imparare dall'analisi dell'evento?
- Quali azioni è possibile intraprendere per prevenire casi analoghi?



## Caso 3 “Tutte a me devono capitare...”

Traccia per il facilitatore:

*Passare in rassegna le raccomandazioni delle linee guida riportate nella corrispondente presentazione in power point ricordando di:*

- verificare i parametri della scheda MEOWS e i loro cut-off per allerta e allarme
- passare in rassegna il trattamento di I e II linea con uterotonici e il trattamento in caso di mancata risposta
- coinvolgere l’anestesista nella discussione del monitoraggio della fase acuta e farlo interloquire con gli altri clinici per migliorare il lavoro di team. Valutare la flow chart della linea guida
- quando e come scegliere se ricorrere all’isterectomia? Aspetti clinici ed emozionali
- per la tromboprolifassi sono stati prescritte 4.000 UI di Enoxaparina, è corretto in una signora che pesa 81kg?



*PRESENTAZIONE SU COMUNICAZIONE  
TRA PROFESSIONISTI*



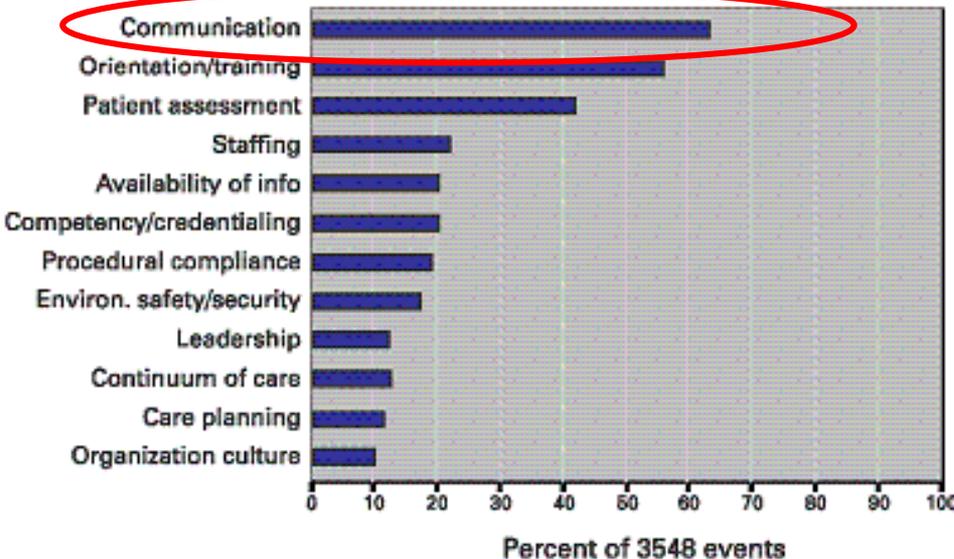
# Comunicazione inadeguata

Circa 98.000 pazienti/anno ricoverati muoiono a seguito di un errore assistenziale

- La comunicazione inadeguata è la principale causa in oltre il **60 %** di questi eventi
- Il trasferimento di informazioni tra professionisti in ambito sanitario è condizione essenziale per garantire la continuità delle cure e la sicurezza del paziente
- Se lo scambio di informazioni è approssimativo, lacunoso o inefficace il rischio di eventi avversi aumenta in modo esponenziale



Root Causes of Sentinel Events  
(All categories; 1995-2005)





La sorveglianza attiva ItOSS tra il 2013 e il 2017 ha registrato 22 casi di morte materna da emorragia ostetrica.

17 sono stati giudicati «evitabili e con assistenza migliorabile»

## Criticità evidenziate dalla revisione dei casi

### **Ritardo nella diagnosi e nel trattamento e trattamento inappropriato:**

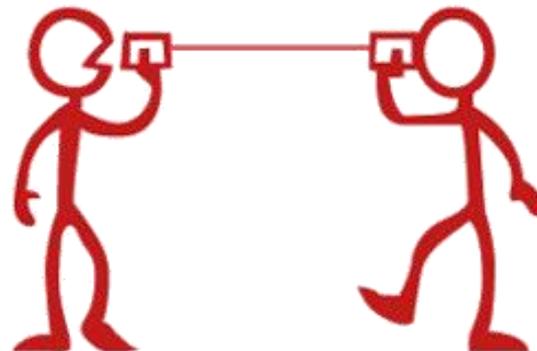
inadeguata assistenza in gravidanza, indicazione inappropriata al TC, mancata richiesta di sangue in tempi utili, ritardo nel ricorso all'isterectomia, inadeguato monitoraggio del post partum

### **Incapacità di apprezzare la gravità del problema:**

inadeguata comunicazione tra professionisti, struttura inadeguata alla complessità assistenziale, inadeguato monitoraggio del post partum, mancata richiesta di sangue in tempi utili, ritardo nel ricorso all'isterectomia

# Elementi essenziali della comunicazione efficace

- **Completa:** fornisce tutte le informazioni rilevanti eludendo i dettagli non pertinenti
- **Chiara:** fornisce le informazioni usando un linguaggio comprensibile e una terminologia condivisa
- **Breve:** è concisa evitando dettagli superflui e/o non pertinenti
- **Tempestiva:** in caso di emergenza deve essere pronta per facilitare la rapida azione



# Metodologia SBAR



# Metodologia S.B.A.R.

- Inizialmente è stata adottata nei sottomarini nucleari USA per impartire rapidamente ed efficacemente istruzioni lungo la catena di comando
- In ambito sanitario è riconducibile al medico anestesista statunitense Leonard che, come responsabile della sicurezza dei pazienti, si era interrogato su come migliorare le cure mediche ed in particolare la comunicazione tra professionisti
- L'OMS ha dato ampio risalto alla metodica, inserendola dal 2009 a pieno titolo tra i "Communication Tools" per la sicurezza dei pazienti



# Metodologia S.B.A.R.

**S**

**Situation (situazione)**

**Identificazione del paziente e di chi sta chiamando e da dove**

**B**

**Background (contesto)**

**Informazioni essenziali per inquadrare la situazione (rapida sintesi di anamnesi, terapie e dati clinici pertinenti)**

**A**

**Assessment (valutazione)**

**Valutazione dei parametri vitali, segni, sintomi, farmaci e presidi utilizzati**

**R**

**Recommendation/request (raccomandazione/richiesta)**

**Esplicitare cosa si chiede ed eventuali suggerimenti chiarendo tempi e modalità di attuazione**

# Esempio nella pratica ostetrica

## Situazione

Sono l'ostetrica MR, chiamo dal reparto xx per la signora CS, chiamo perché sono preoccupata per una grave EPP

## Contesto

La signora ricoverata ieri, ha partorito oggi con episiotomia e applicazione di ventosa, ha fatto 5UI di ossitocina. Al trasferimento in reparto, un'ora fa, i parametri vitali erano nella norma. Ora è agitata, pallida, sudata e il letto è pieno di sangue, stimo la perdita in 2000 ml

## Valutazione

Penso che il problema sia un'atonia uterina, ho iniziato il massaggio uterino, predisposto un accesso venoso e sto somministrando O<sub>2</sub>. Al momento è poco vigile, PA 90/ 60, FC 130 bpm ed è tachipnoica. Anche l'agitazione sta aumentando e ha sudorazione algida.

## Raccomandazione richiesta

E' necessario che lei venga immediatamente perché la paziente sta andando in shock. C'è qualcosa che devo fare nel frattempo?

# Contenuti dello S.B.A.R.

- I contenuti della comunicazione variano a seconda dell'obiettivo e degli attori coinvolti
- Un passaggio di consegne tra un reparto e un altro richiede una più approfondita valutazione delle sezioni “Situazione” e “Contesto”, finalizzate a dare informazioni anamnesitiche e cliniche precise, ma sintetiche
- In una situazione di emergenza è più importante soffermarsi sulla “Valutazione” e fornire solo lo stretto necessario delle informazioni relative alla storia clinica del paziente
- La fase delle “Raccomandazioni» viene gestita in modo diverso in base al ruolo degli attori coinvolti

# Opportunità di miglioramento offerte dallo S.B.A.R.

- Facilitare una comunicazione sintetica, pertinente e focalizzata sul problema da risolvere
- Ridurre gli errori individuali grazie alla sequenza di aspetti da garantire nella comunicazione
- Facilitare il lavoro di gruppo grazie alla tempestiva e appropriata condivisione degli aspetti rilevanti dell'emergenza tra tutti i soggetti interessati
- Facilitare il “debriefing”, utile al miglioramento continuo della qualità assistenziale

# Comunicazione efficace tra professionisti

- Utilizzare un linguaggio condiviso all'interno del team assistenziale
- Rivolgersi a persone specifiche indicando a ciascuna cosa fare, chiamandole per nome e stabilendo un contatto visivo: «Lucia prenda un accesso venoso con agocannula giallo; Maria prenda i tempi e scriva le azioni»
- Verificare che la persona abbia recepito il messaggio e compreso cosa le è stato richiesto di fare, usare un tono di voce adeguato e se necessario chiedere un feed-back per verificare che la comunicazione sia stata efficace
- Verificare che il messaggio sia seguito dall'azione appropriata

La donna e chi l'accompagna devono poter percepire che l'equipe è affiatata e sa cosa fare: «un grande spavento, ma la consapevolezza di un team di altissima competenza ed efficienza; giovani ma veramente preparati»



L'importante è collaborare...  
per condividere obiettivi comuni

*PRESENTAZIONE SU COMUNICAZIONE  
CON DONNA E FAMILIARI*

Oltre alle competenze cliniche la comunicazione tra il medico, la donna e i suoi familiari richiede abilità comunicative e relazionali



# La comunicazione con la donna e i suoi familiari durante l'emergenza emorragica

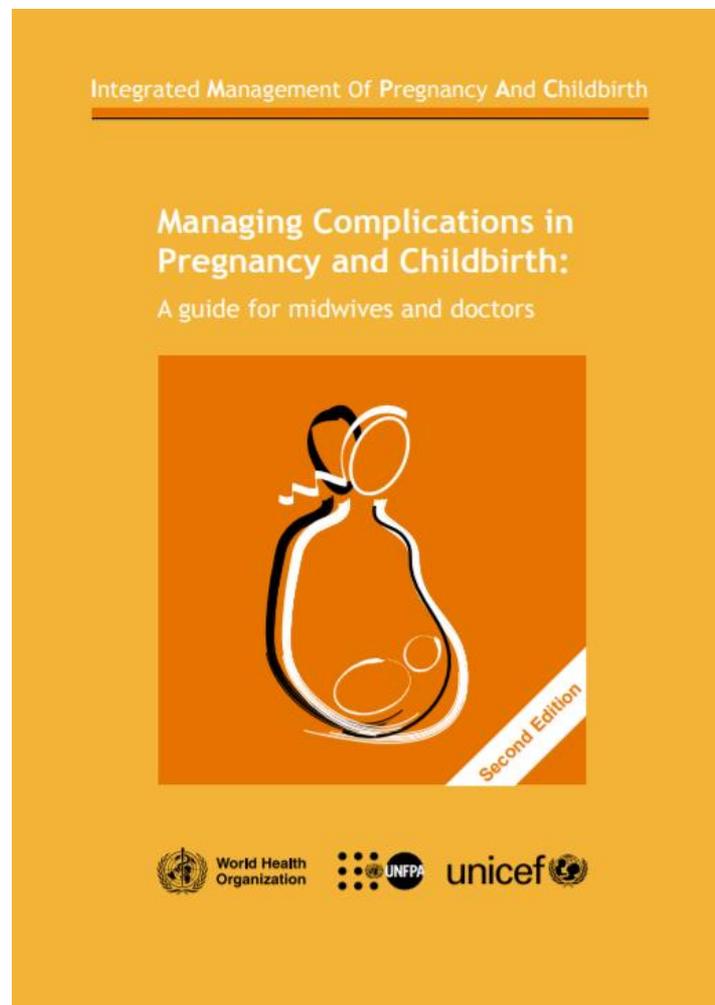
da Linea guida SNLG-ISS: *L'emorragia del post partum: come prevenirla, come curarla*  
Informazioni alla paziente e ai familiari

## RACCOMANDAZIONE

**Si raccomanda di garantire fin dall'esordio del quadro clinico la comunicazione con la paziente e i suoi familiari.**

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

# La comunicazione efficace è un aspetto fondamentale anche nella gestione delle emergenze



scaricabile da:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493eng.pdf;jsessionid=77214F8DDEE0ABFB6E7E6AE1D595DEF6A?sequence=1>

## I principi generali

- Rispettare qualsiasi opinione culturale o religiosa
- Rispettare la privacy e il pudore della donna
- Parlare con calma e tranquillità instaurando un clima rassicurante
- Cercare un mediatore culturale/traduttore in caso di barriere culturali /linguistiche
- Integrare la comunicazione verbale con quella non verbale
- Incoraggiare la donna o i presenti a descrivere con estrema chiarezza i sintomi e gli eventi che hanno determinato la condizione clinica
- Spiegare quali misure saranno adottate per gestire l'assistenza
- Incoraggiare la donna e i suoi familiari a riferire le loro preoccupazioni

The Rights of Childbearing Women, 1999, 2006, Article 7 - Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights, 2010

## Comunicare le cattive notizie

- Adottare una strategia di completa trasparenza su ciò che si sa (o non si sa)
- Fornire le informazioni in modo non paternalistico
- Non confondere i fatti con le rassicurazioni
- Fornire un resoconto dettagliato su ciò che si sta facendo per affrontare l'emergenza

Erica Goode, International Herald Tribune, 2001

## Prevenire le difficoltà comunicative

- Instaurare una buona relazione con la donna e i familiari sin dal momento dell'accoglienza in ospedale
- Essere consapevoli che le modalità assistenziali sono una forma di comunicazione
- Costruire e mantenere un buon clima e una buona comunicazione tra professionisti perché la comunicazione tra sanitari in presenza della donna e dei familiari fa parte della comunicazione con i pazienti
- Durante l'emergenza proporre delle scadenze temporali definite in cui dare notizie "tra un quarto d'ora, tra mezz'ora ... le faremo sapere" per contenere l'ansia ed evitare di esprimere valutazioni o giudizi affrettati

## L'ansia è nemica della gestione clinica dell'emergenza

Spiegare alla paziente con chiarezza ed empatia la procedura da adottare per gestire l'emergenza ostetrica e i suoi rischi può aiutare a ridurre la sua ansia. Le donne estremamente ansiose presentano maggiori difficoltà sia durante l'intervento chirurgico sia nella fase di recupero.

P. Britteon, N. Cullum, M. Sutton.

**Association between psychological health and wound complications after surgery.**

*British Journal of Surgery*, 2017; DOI: 10.1002/bjs.10474

## Dare notizie

- Essere consapevoli che oltre al «che fare» occorre sapere «cosa dire» e «come comunicare» tenendo conto delle specificità del contesto (organizzazione, spazi, ...)
- Ripercorrere gli eventi: «cosa è successo, cosa è stato fatto» per facilitare la creazione di una cornice cronologica degli eventi
- Facilitare un clima empatico (comprensione dei loro vissuti) e supportante (interesse per come si sentono)
- Ascoltare, fare pause e invitare a porre domande
- Accogliere e confermare emozioni “capisco che ...”
- Non banalizzare/minimizzare le sensazioni, specialmente nei casi meno gravi, risolti rapidamente e senza complicazioni o conseguenze
- Essere consapevoli che nell'emergenza si attiva uno stato di particolare allerta/attenzione ai segnali di pericolo da parte della donna e dei familiari

## **Ricordiamo che:**

- i difetti di comunicazione sono tra le prime cause di errore in ambito sanitario
- la comunicazione inadeguata con la donna e i familiari è la prima causa di contenziosi medico-legali

**E' pertanto raccomandato inserire la comunicazione nelle simulazioni periodiche delle emergenze ostetriche**

# La comunicazione con la donna e i suoi familiari prima della dimissione

da Linea guida SNLG-ISS: *L'emorragia del post partum: come prevenirla, come curarla*  
Colloquio prima della dimissione

## RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda di offrire alla donna e possibilmente al *partner*, in un momento appropriato per entrambi, un colloquio sugli eventi che hanno caratterizzato l'EPP, specificando i rischi per le future gravidanze.

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

Si raccomanda di consegnare alla donna una lettera di dimissione che contenga informazioni dettagliate relative all'EPP e alle eventuali procedure/interventi chirurgici eseguiti.

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

# Linea guida SNLG-ISS: la versione divulgativa



## L'importanza della comunicazione\*

Come in tutte le emergenze, anche nel caso di EPP, la comunicazione fra i professionisti, la donna e i suoi familiari è molto importante per acquisire consapevolezza dei principali aspetti di questa complicazione del parto.

- La comunicazione con la donna e i suoi familiari fa parte dell'assistenza medica e deve essere garantita dall'esordio del quadro clinico.
- Si raccomanda che un membro dell'equipe sanitaria spieghi con termini chiari e comprensibili cosa sta accadendo, risponda alle domande e offra sostegno.
- Prima della dimissione ospedaliera va offerto alla donna, e possibilmente al suo partner, un colloquio sugli eventi che hanno caratterizzato l'EPP. In particolare, vanno esaminati gli aspetti principali dell'emergenza ostetrica, le possibili conseguenze sulle future gravidanze, l'importanza di segnalare l'accaduto ai clinici che assisteranno la donna in futuro e i riferimenti dei servizi sanitari a cui rivolgersi una volta rientrati a casa. Va inoltre consegnata alla donna una lettera di dimissione che contenga informazioni dettagliate su procedure/interventi chirurgici eseguiti e terapie somministrate.

\* raccomandazioni di buona pratica clinica basate sull'esperienza degli esperti che hanno sviluppato la linea guida sulla EPP

## Le raccomandazioni degli esperti\*

- In tutte le donne con precedente taglio cesareo la localizzazione della placenta deve essere accuratamente controllata in occasione della ecografia del II trimestre raccomandata in gravidanza.
- Tutte le donne con precedente EPP, preeclampsia grave o problemi della placenta evidenziati con l'ecografia, devono scegliere insieme al professionista che le assiste in gravidanza una struttura sanitaria appropriata a cui rivolgersi per il parto.
- L'episiotomia non deve essere eseguita di routine, neppure in caso di precedente lacerazione dei genitali.

\* raccomandazioni di buona pratica clinica basate sull'esperienza degli esperti che hanno sviluppato la linea guida sulla EPP

## Women's Experiences of Care and Their Concerns and Needs Following a Significant Primary Postpartum Hemorrhage

Jane F. Thompson, BSc (Hons), MSc, PhD, Jane B. Ford, BA (Hons), PhD, Camille H. Raynes-Greenow, BA, GradDipPopHealth, MPH, PhD, Christine L. Roberts, MBBS, DipObs, DrPH, and David A. Ellwood, MA, DPhil, MBBS

## Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study

Susan Ayers, PhD

MAIN RESEARCH ARTICLE

## Long-term psychological impact of severe postpartum hemorrhage

LOÏC SENTILHES<sup>1,2</sup>, ALEXIS GROMEZ<sup>1</sup>, ERICK CLAVIER<sup>3</sup>, BENOÎT RESCH<sup>1</sup>, PHILIPPE DESCAMPS<sup>2</sup>, and CÉCILE MARPEAU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Obstetrics and Gynecology and <sup>2</sup>Radiology, Rouen University Hospital, Charles Nicolle, Rouen, France; <sup>3</sup>Obstetrics and Gynecology, Angers University Hospital, Angers, France

OPEN ACCESS Freely available online

## Partner Experiences of "Near-Miss" Events in Pregnancy and Childbirth in the UK: A Qualitative Study

Lisa Hinton<sup>1\*</sup>, Louise Locock<sup>1</sup>, Marian Knight<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Health Experiences Research Group, Nuffield Department of Primary Health Care Sciences, University of Oxford, Oxford, United Kingdom, <sup>2</sup>National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

RESEARCH ARTICLE

## Delineating the Association between Postpartum Haemorrhage and Postpartum Depression

Patricia Eckerdal<sup>1\*</sup>, Natasa Kollia<sup>2</sup>, Johanna Löfblad<sup>1</sup>, Charlotte Hellgren<sup>1</sup>, Linnea Karlsson<sup>3,4</sup>, Ulf Högberg<sup>1</sup>, Anna-Karin Wikström<sup>1</sup>, Alkistis Skalkidou<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Women's and Children's Health, Uppsala University, Uppsala, Sweden, <sup>2</sup> Department of Biostatistics, Harokopio University, Athens, Greece, <sup>3</sup> Department of Child Psychiatry, Turku University Hospital, Turku, Finland, <sup>4</sup> FinnBrain Birth Cohort Study, Turku Brain and Mind Centre, Institute of Clinical Medicine, University of Turku, Turku, Finland

[@kbh.uu.se](http://kbh.uu.se)

A RESOURCE FOR CLIENTS

## Life after postpartum hemorrhage

Recovering from the unexpected

RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Women and their birth partners' experiences following a primary postpartum haemorrhage: a qualitative study

T. Dunning<sup>1\*</sup>, J. M. Harris<sup>2</sup> and J. Sandall<sup>3</sup>



OBSTETRICS & GYNECOLOGY | RESEARCH ARTICLE

## Post-traumatic stress disorder in women and their partners, following severe post-partum hemorrhage: A study protocol for a prospective cohort study

Karel Willem Frank Scheepstra<sup>1,2</sup>, Minouk Esmée van Steijn<sup>1,2\*</sup>, Lea Magdalena Dijkstra<sup>1,3</sup> and Maria Gabriel van Pampus<sup>1</sup>

Received: 09 August 2016  
Accepted: 02 January 2017  
Published: 17 January 2017

\*Corresponding author: Minouk Esmée van Steijn

REVIEW PAPER

## Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography

Rakime Elmir, Virginia Schmied, Lesley Wilkes & Debra Jackson

# La testimonianza di una donna

(complicazione emorragica con perdita stimata pari a 800cc)

Non riuscivo a smettere di pensare al parto.

Tutto era finito bene, ma per me era come un film che scorreva incessantemente nella mia testa.

Cercavo di parlarne, con l'ostetrica, con le dottoresse, ma più o meno tutte dicevano:

*“Hai avuto un parto normale in fondo. Hai perso un po', ma è andato tutto bene. Sei una donna sana, ti riprenderai in fretta”.*

Ma io mi sentivo ancora il terrore addosso, il dolore pazzesco delle manovre, la sensazione di gridare senza voce (*maschera per ossigeno*).

Quante volte mi risvegliavo la notte con questo incubo, mi aggredivano, volevo gridare ma la voce non usciva. E poi la solitudine nessuno mi capiva, nessuno mi ascoltava. Figli? Mai più.

# La testimonianza di un uomo

(complicazione emorragica con perdita stimata pari a 1200cc)

La stanza si è riempita di persone. Le hanno preso il bambino.

Mi hanno fatto uscire. Ho sentito la parola 'emorragia'.

Poi l'hanno portata via su una barella, di corsa. Non so dove.

Non capivo cosa stesse succedendo. Mi sentivo come un automa.

Dopo ore una ragazza mi ha detto che si era salvata.

Poi un dottore che avevano arrestato l'emorragia, ma che lei era ancora molto debole e dovevano controllarla.

Quando l'ho rivista era pallidissima.

Ho avuto paura che morisse, di restare solo con la bambina.

Era successo da poco che una donna era morta di emorragia. Ho pensato '*quanto mai abbiamo fatto un figlio*', un pensiero brutto che mi torna in mente quando la bambina mi sorride.

Mi sento in colpa, ma in quel momento ho anche pensato che era per lei che avrebbe potuto morire.

Non ne abbiamo mai parlato tra di noi. E' un silenzio pesante certe volte.



“Alcuni pazienti, sebbene consapevoli della serietà delle loro condizioni, recuperano la propria salute semplicemente attraverso il rallegrarsi della bravura del medico”

Ippocrate



*PRESENTAZIONE SU ROLE PLAY*



Il role-playing è una tecnica didattica idonea a far allenare l'operatore professionale alla gestione razionale ed emotivo-relazionale di situazioni interattive che fanno parte del suo lavoro e che vengono simulate a scopo didattico, con la maggiore aderenza possibile alla realtà.

L'operatore chiamato ad interagire con l'attore-utente, deve vivere l'azione in modo aderente alla realtà professionale.



## Role playing: il caso di Anna



## Sintesi della storia clinica di Anna

Alle 9,30 Anna si ricovera per indurre il travaglio (PA 115/75mmHg, FC 80 bpm, apiretica, BCF Percepito regolare), alla visita il collo è conservato, pervio all'apice del dito.

Alle 10,00 viene applicato Prepidil e si inizia il CTG che presenta attività contrattile irregolare, buona variabilità del BCF (frequenza media 130 BPM), accelerazioni e assenza di decelerazioni.

Alle 12,00 gli esami del laboratorio sono buoni (Hb 10,5; Ht 32%, Plt 140.000, Pt e Ptt nella norma, Fibrinogeno 453)

Alle 16,30 il collo è raccorciato al 60%, dilatazione 2 cm, PP cefalica respingibile, CTG reattivo.

Alle 18,00 si somministra ossitocina come da protocollo per induzione e si continua CTG

Alle 20,00 si inizio analgesia epidurale e alle 24,00 il collo è appianato, dilatazione 5 cm, pp adagiata allo scavo respingibile e attività contrattile regolare

La mattina successiva alle 10,00, durante la fase espulsiva si rileva un'inerzia uterina e alle 10,30, dopo episiotomia e applicazione di ventosa, si estrae un feto vivo di sesso femminile, 4200gr, Apgar 8-9. 10UI di ossitocina al disimpegno della spalla, secondamento spontaneo e completo, stima perdita ematica 400cc.

Durante il post partum lochiazioni abbondanti e utero subcontratto per cui si prescrive ossitocina 10 UI/ora in infusione per 2 ore

Ore 12,30 Anna viene trasferita in reparto



## Role playing: il caso di Anna

E' una giornata difficile, reparto e sala parto sono pieni. Paola l'ostetrica è arrivata alle 8 e ha trovato molte puerpere. Durante il giro ha ricevuto le consegne per la terapia di alcuni casi complessi che richiedono un monitoraggio attento. La collega ostetrica esperta con cui abitualmente condivide il turno è malata.

Anna primipara di 38 anni, arriva in reparto alle 12,30. E' stremata ma felice delle sua bimba. La mamma di Anna è stata molto in ansia per l'arrivo di questa prima nipotina e, dopo essere uscita dalla stanza per permettere al personale di sistemare la figlia nel letto, rientra e si siede accanto a lei per assisterla.

Alle 14,30 la mamma di Anna suona il campanello e si precipita in corridoio chiamando aiuto a voce alta, terrorizzata, perché la figlia si sente male e «il letto è pieno di sangue».



## Role playing

### Attori:

1 ginecologo responsabile della guardia, 1 ginecologo di guardia, 1 ostetrica di sala parto, 1 ostetrica di reparto, 1 anestesista, 1 OSS che sono disponibili a partecipare al role playing.

Due componenti del gruppo di coordinamento del progetto MOVIE che faranno la parte della donna e di sua madre

### **Traccia per il role playing**

gestione della comunicazione:

- tra professionisti e la donna che ha paura
- tra professionisti e la madre della donna che è aggressiva
- tra ostetrica e medici impegnati in sala operatoria
- tra professionisti nel passaggio delle consegne
- tra professionisti nella comunicazione con il centro trasfusionale
- tra medico e donna al momento della dimissione



## Role playing

Traccia per i componenti del gruppo di coordinamento

- La donna si esprime in maniera ansiosa sul suo stato di malessere, ha paura ed è agitata (perdita ematica di circa 2000 ml e shock moderato), come parlano con lei ostetrica e medici?
- La madre della donna chiama l'ostetrica urlando in corridoio e la aggredisce spaventata perché il letto è pieno di sangue, come si comporta l'ostetrica?
- Cosa fa l'ostetrica? Dovrebbe rilevare i parametri vitali e chiamare aiuto rispettando i contenuti descritti dallo SBAR (verificare la cartella clinica per riferire modalità e ora del parto, oltre ai farmaci in terapia, e gli aspetti salienti della storia clinica al medico di guardia).
- Si tratta di una comunicazione in codice rosso, l'ostetrica allerta solo il ginecologo o anche l'anestesista?
- Come comunicano ginecologo e anestesista (dedicato o di struttura?) tra loro, con la sala operatoria e con il centro trasfusionale?
- Come si rivolge alla donna al ginecologo che effettua la dimissione e cosa le dice?