

GESTIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI EMORRAGIA POST-PARTUM

L'emorragia primaria del post partum è definita comunemente come una perdita di sangue oltre i 500 ml nelle prime 24 ore dopo il parto vaginale, e oltre i 1.000 ml dopo il TC.

Secondo la definizione di EPP proposta dal *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists* (RCOG) e dallo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) si distinguono:

- 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.

Di seguito e nella Tabella n. 1 "Emorragia Post-Partum" sono riportati i fattori di rischio per EPP:

- fattori di rischio identificabili durante la gravidanza: una precedente EPP, la gravidanza multipla, la preeclampsia, il sospetto di un peso alla nascita >4.000 g, placenta previa, sospetta placentazione anomala invasiva;
- fattori di rischio identificabili durante il travaglio e il parto: mancata progressione del secondo stadio del travaglio, prolungamento del terzo stadio del travaglio, placenta ritenuta, placentazione anomala invasiva, episiotomia e lacerazioni perineali.

ABELLAN.1 "EMORRAGIA POST-PARTUM"

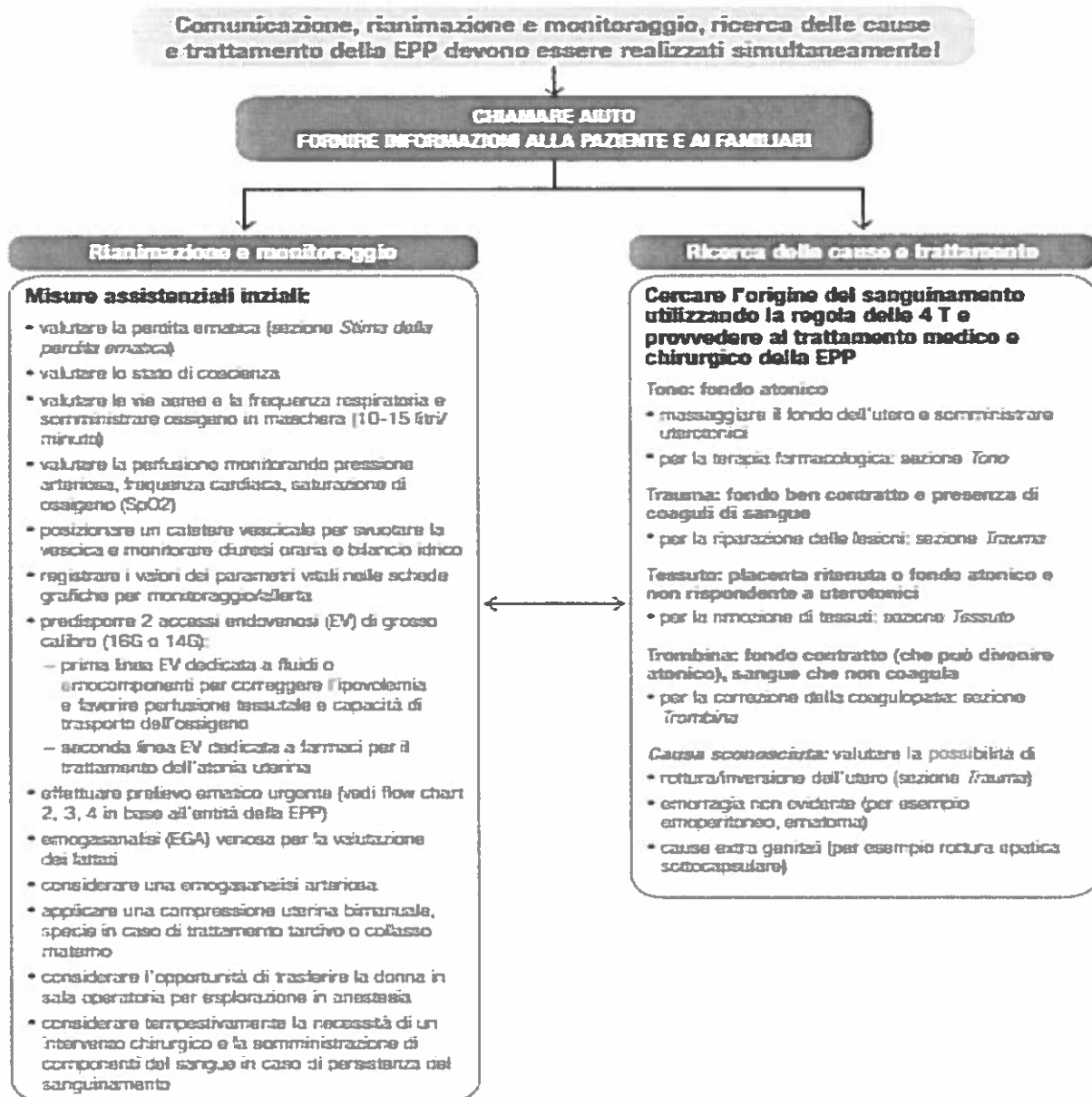
Fattori di rischio	Eziologia	Odds ratio (95% CI)	Riferimenti bibli.
Gravidanza multipla	Tono	3,3 (1,0-10,6) 4,7 (2,4-9,1)	Combs et al., 1991a Sosa et al., 2009
Precedente EPP	Tono	3,6 (1,2-10,2)	Combs et al., 1991a
Preeclampsia	Trombina, Tono	5,0 (3,0-8,5) 2,2 (1,3-3,7)	Combs et al., 1991a Combs et al., 1991b
Peso alla nascita >4.000 gr	Tono	2,11 (1,62-2,76) 2,4 (1,9-2,9)	Bais et al., 2004 Sosa et al., 2009
Mancata progressione del secondo stadio	Tono	3,4 (2,4-4,7) 1,9 (1,2-2,9)	Sheiner et al., 2005 Combs et al., 1991b
Prolungamento del terzo stadio del travaglio	Tono	7,6 (4,2-13,5) 2,61 (1,83-3,72)	Combs et al., 1991a Bais et al., 2004
Placenta ritenuta	Tessuto	7,83 (3,78-16,22) 3,5 (2,1-5,8) 6,0 (3,5-10,4)	Bais et al., 2004 Sheiner et al., 2005 Sosa et al., 2009
Placenta accreta	Tessuto	3,3 (1,7-6,4)	Sheiner et al., 2005
Episiotomia	Trauma	4,7 (2,6-8,4) 2,18 (1,68-2,76) 1,7 (1,2-2,5)	Combs et al., 1991a Bais et al., 2004 Sosa et al., 2009
Lacerazione perineale	Trauma	1,4 (1,04-1,87) 2,4 (2,0-2,8) 1,7 (1,1-2,5)	Bais et al., 2004 Sheiner et al., 2005 Sosa et al., 2009

Oltre all'attenta valutazione dei fattori di rischio è importante al fine di ridurre il rischio di EPP:

- Il trattamento attivo del III stadio del travaglio di parto;
- l'ossitocina come farmaco di prima scelta per la prevenzione dell'EPP sia in caso di parto spontaneo che di taglio cesareo;
- la trazione controllata del cordone per la rimozione della placenta sia in caso di parto spontaneo che di taglio cesareo.

La gestione dell'emorragia del post partum richiede un approccio multidisciplinare (McClintock 2011) per arrivare a ristabilire le condizioni emodinamiche della donna e, contemporaneamente, identificare e trattare le cause dell'emorragia (RCOG 2009).

Nella gestione delle misure assistenziali iniziali, la rianimazione per ristabilire le condizioni emodinamiche della donna, il monitoraggio delle sue condizioni cliniche, la valutazione e il trattamento delle cause dell'emorragia devono procedere simultaneamente (RCOG 2009, Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program 2012, ACOG 2006, WHO 2009), come rappresentato nella flow chart che segue: FLOW CHART n 1 "EMORRAGIA POST- PARTUM"



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

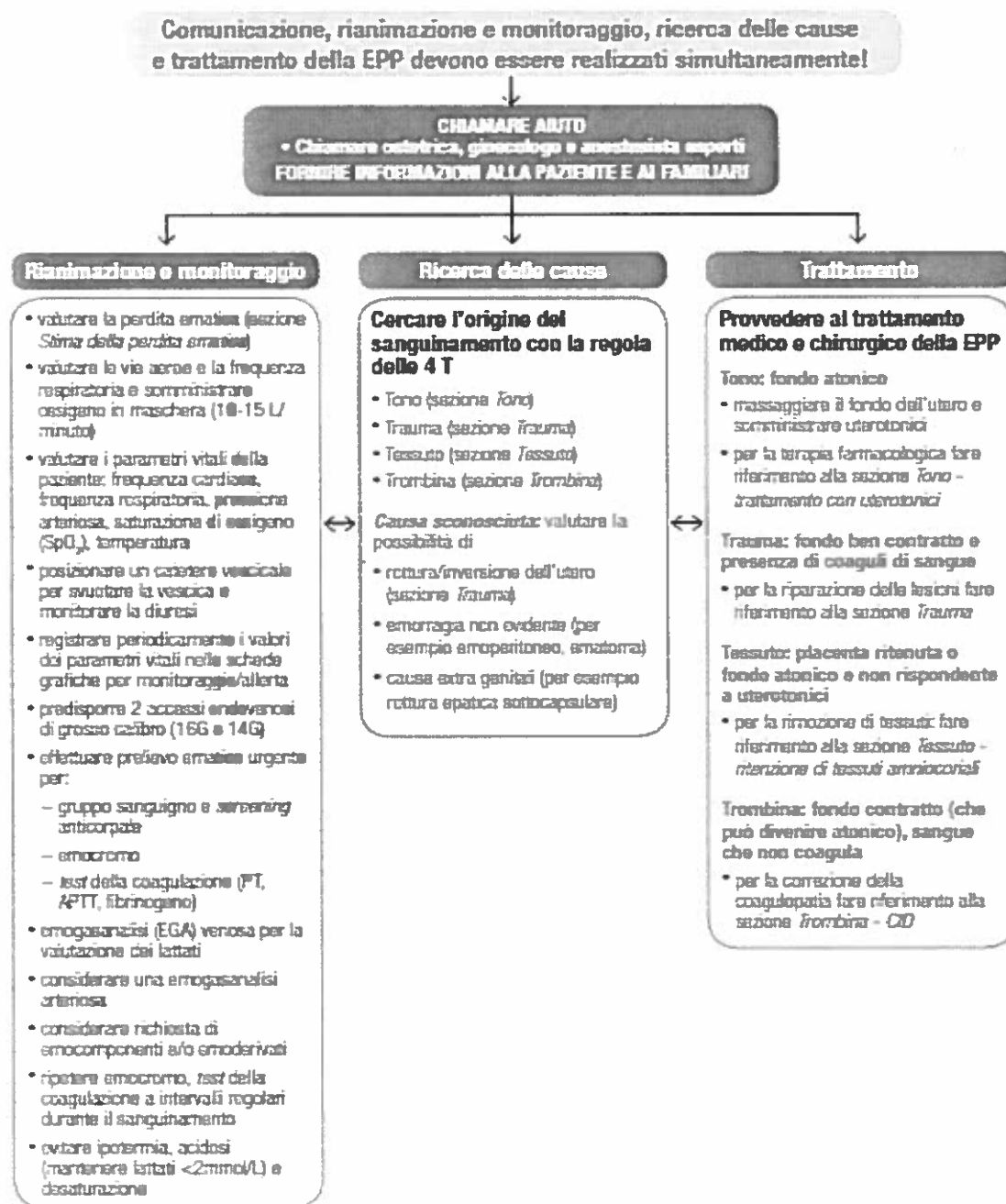
- EPP maggiore controllata in caso di perdita ematica controllata, con compromissione delle condizioni materne che richiede un monitoraggio attento;
- EPP maggiore persistente in caso di perdita ematica persistente e/o segni di shock clinico con una compromissione delle condizioni materne che comporta un pericolo immediato per la vita della donna. Importante in questo caso è la pronta disponibilità di sangue ed emoderivati.

In presenza di emorragia maggiore, controllata o persistente, è indispensabile che i giovani ginecologi e anestesisti chiamino tempestivamente i colleghi più esperti che devono essere prontamente disponibili. Per la gestione dell'EPP maggiore, lo *staff* multidisciplinare deve includere un medico esperto in patologie della coagulazione. Deve essere allertato il centro trasfusionale e un membro del *team* deve avere il compito di registrare su schede grafiche, predisposte e condivise in ogni struttura/reparto, gli eventi e le rispettive tempistiche: l'ora iniziale dell'emorragia, l'entità della perdita ematica, l'andamento dei parametri vitali, i fluidi e i farmaci somministrati, il sangue e gli emocomponenti trasfusi, in modo da poter verificare velocemente, anche nel corso dell'emergenza, l'insieme dei parametri e dei dati di interesse e il loro andamento nel tempo.

Ulteriore raccomandazione è quella di garantire fin dall'esordio del quadro clinico la comunicazione con la paziente e i suoi familiari.

Vedi flow chart EMORRAGIA POST- PARTUM riportate di seguito n 2, n 3, n 4.

Flow chart 2. Gestione della EPP minore (perdita ematica tra 500 e 1.000 ml) senza segni clinici di shock

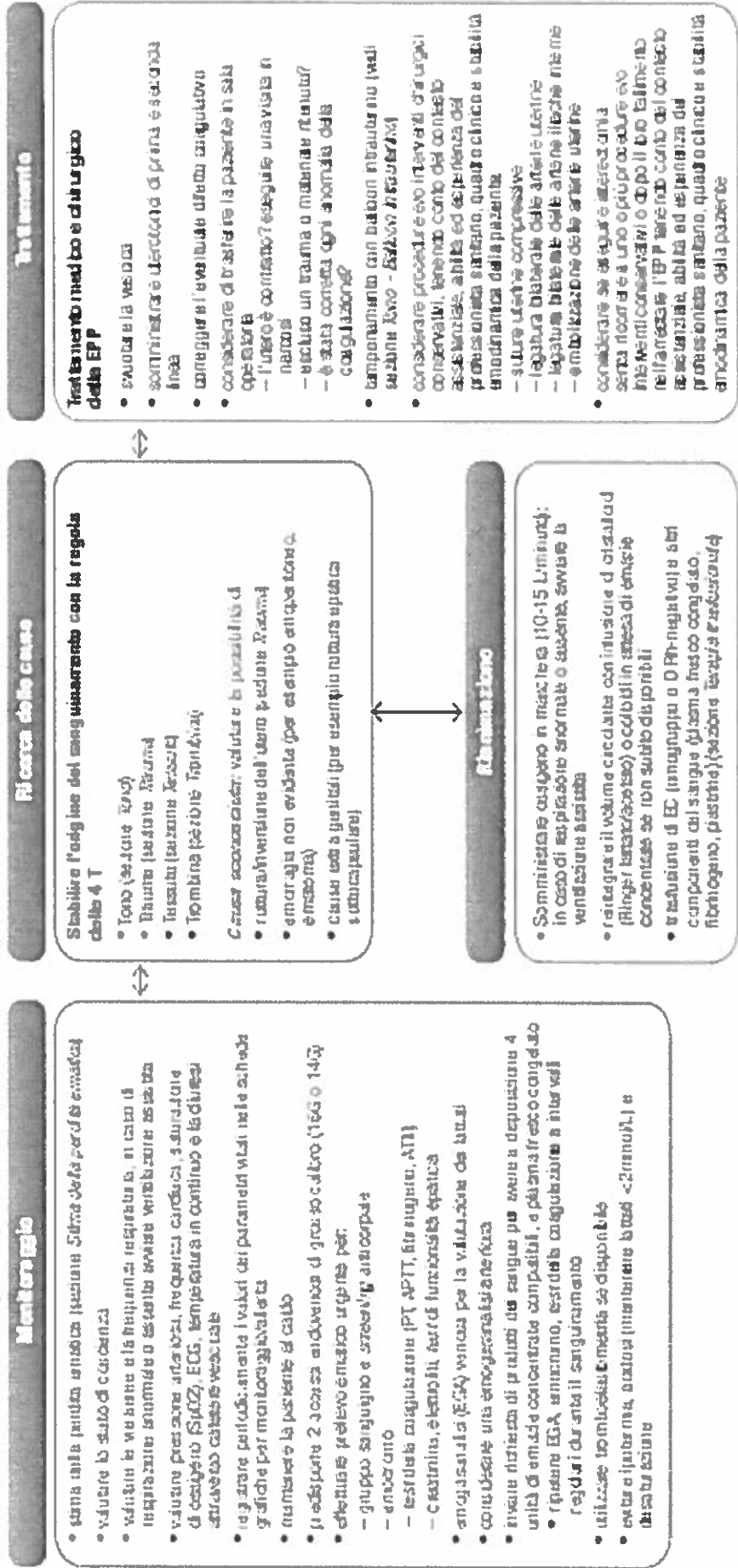


Comunicazione, rianimazione e monitoraggio e trattamento della EPP devono essere realizzati simultaneamente!

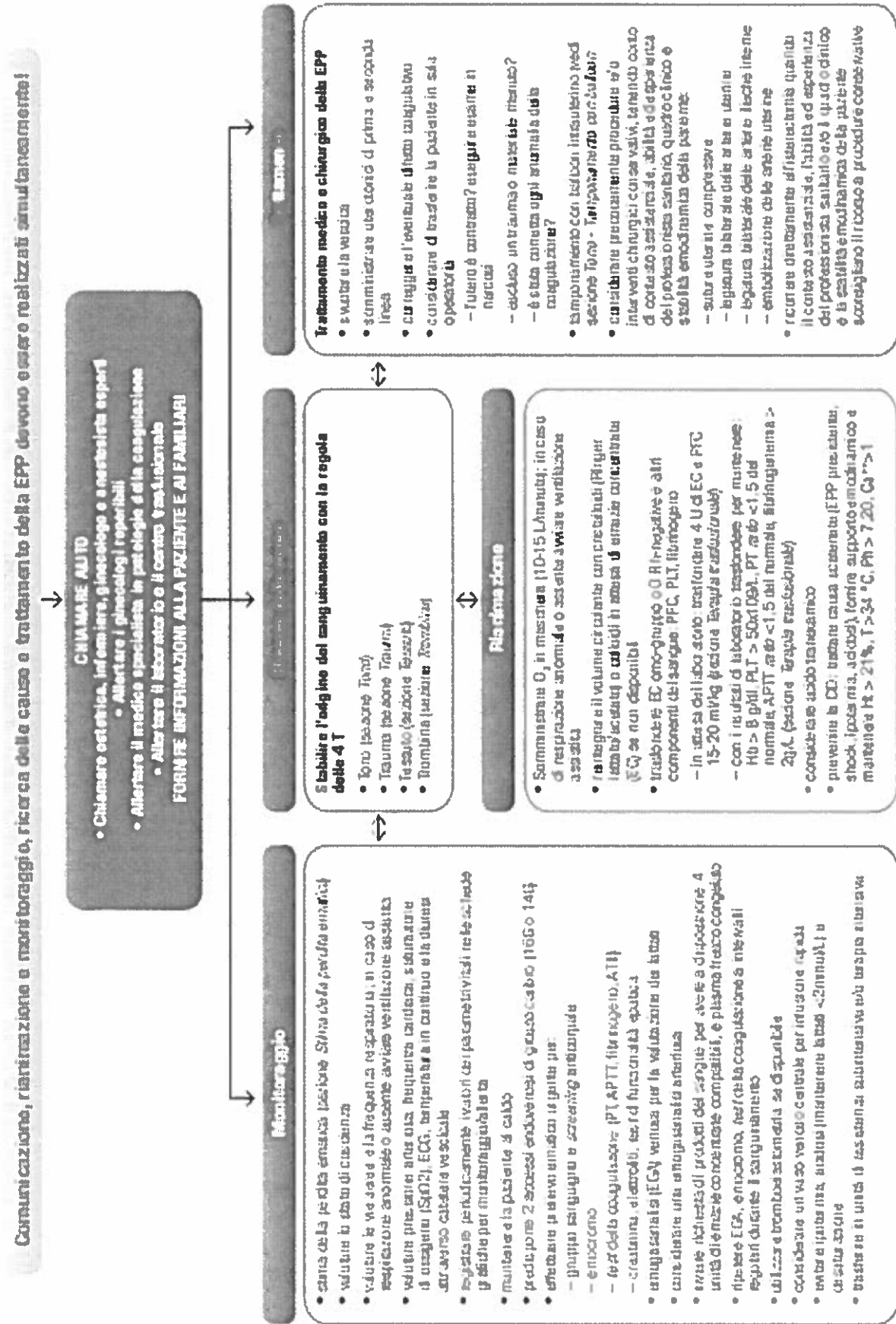
CHIAMARE AIUTO

- Chiamare infermiera, infermiere, igienologo e neurologo esperti
- Allertare il laboratorio e il centro trattamento

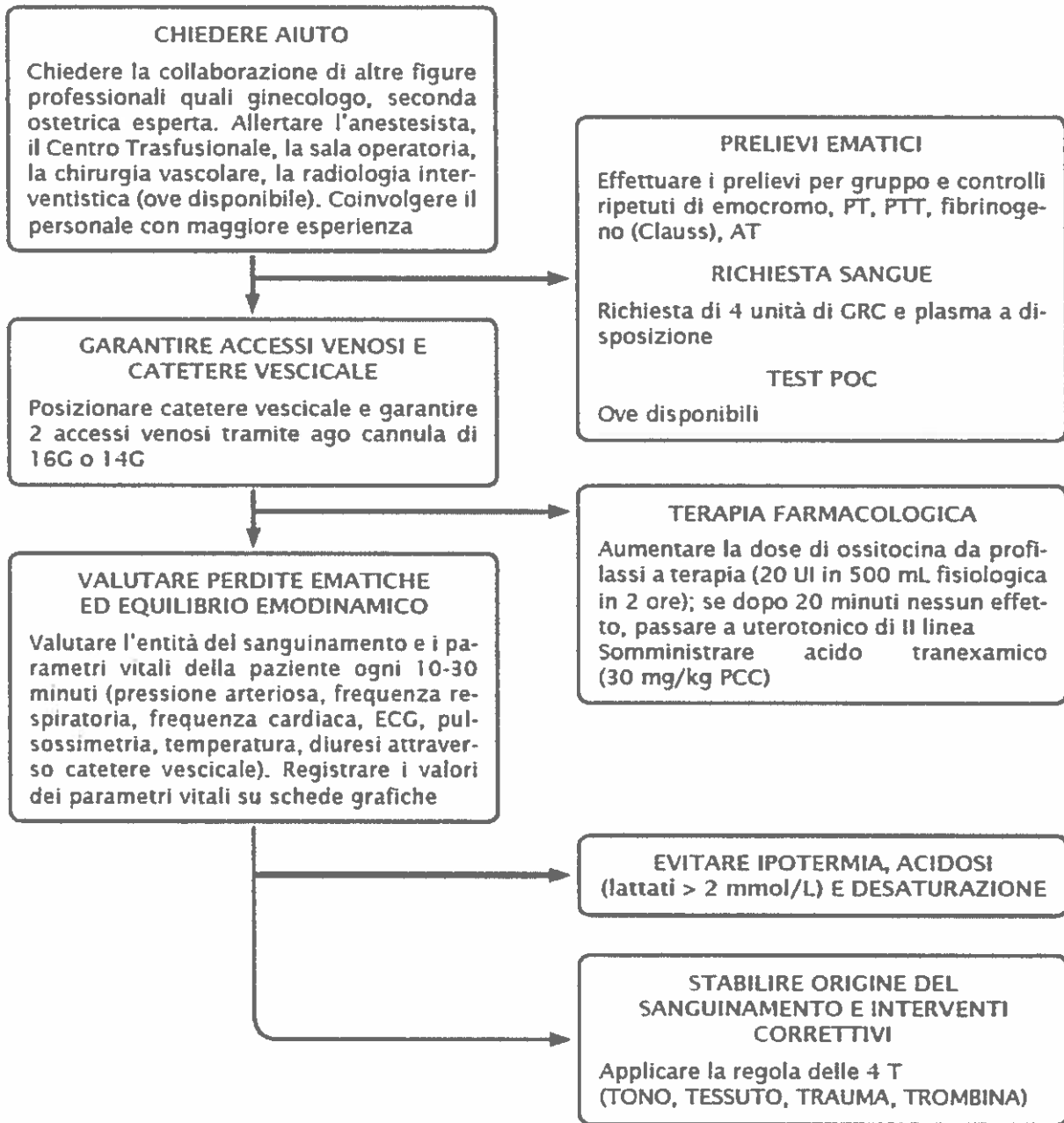
FORNIRE INFORMAZIONI ALLA PAZIENTE E AI FAMILIARI

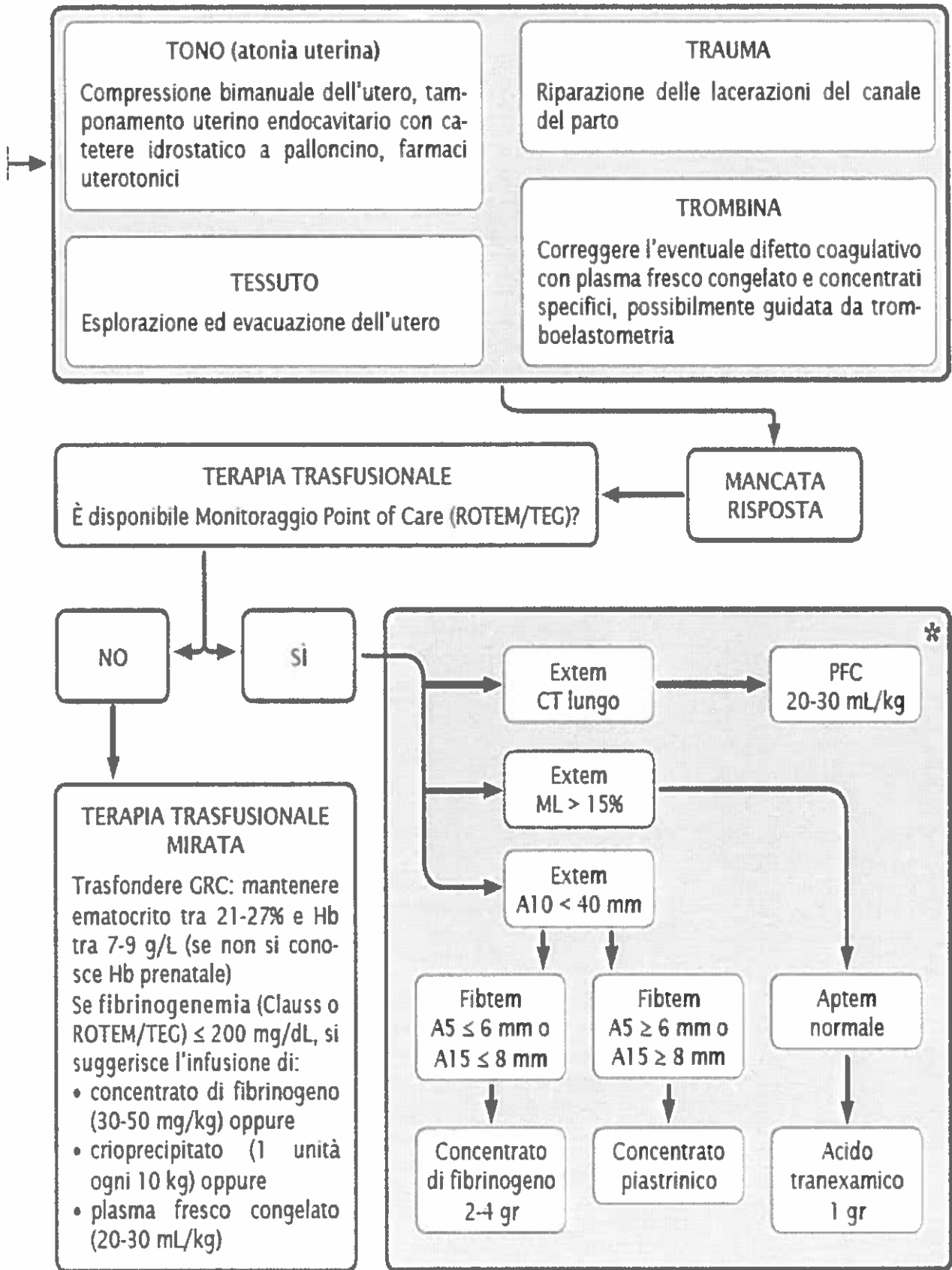


Flow chart 4. Gestione della EPP maggiore (superiore a 1.000 ml) persistente

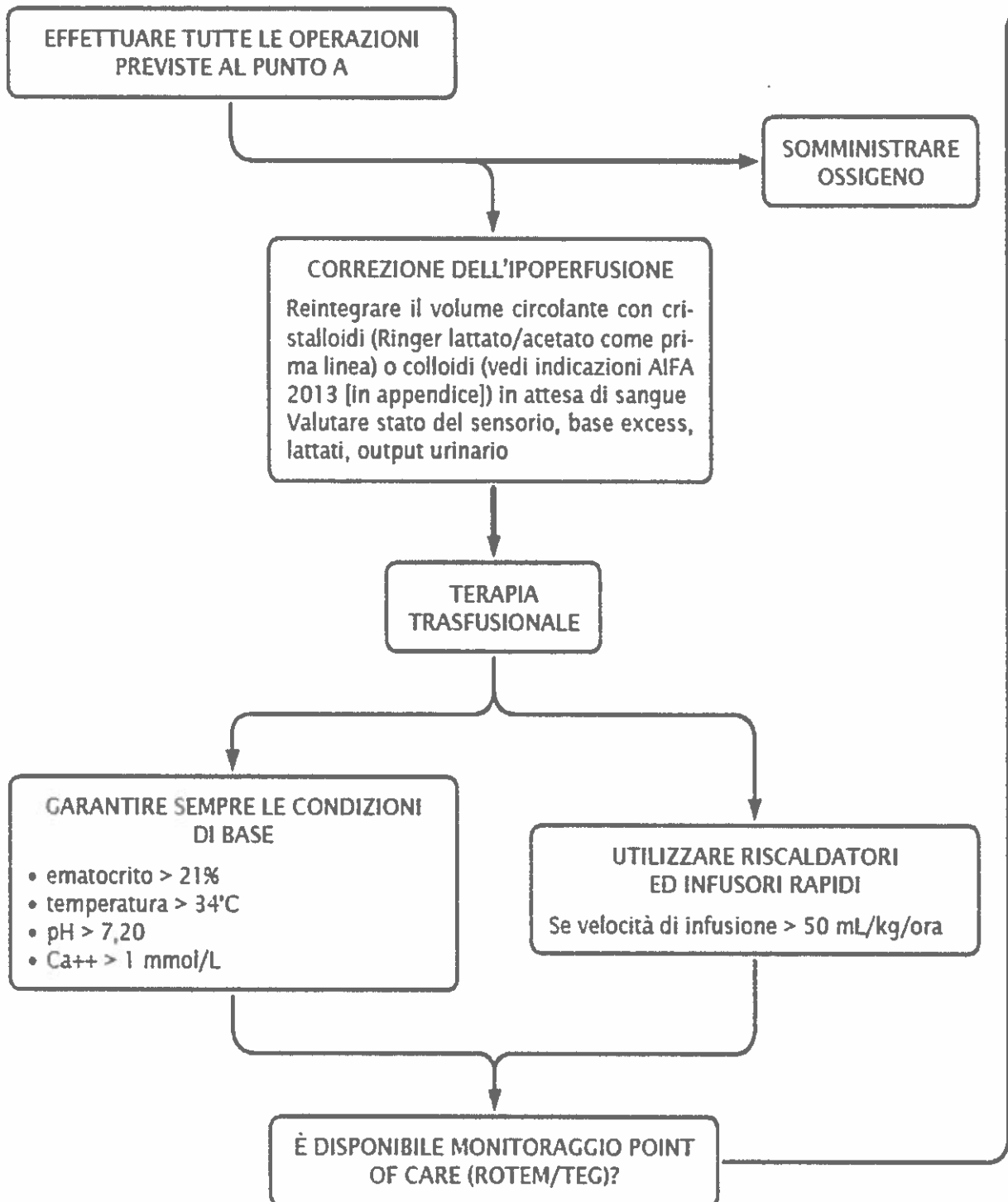


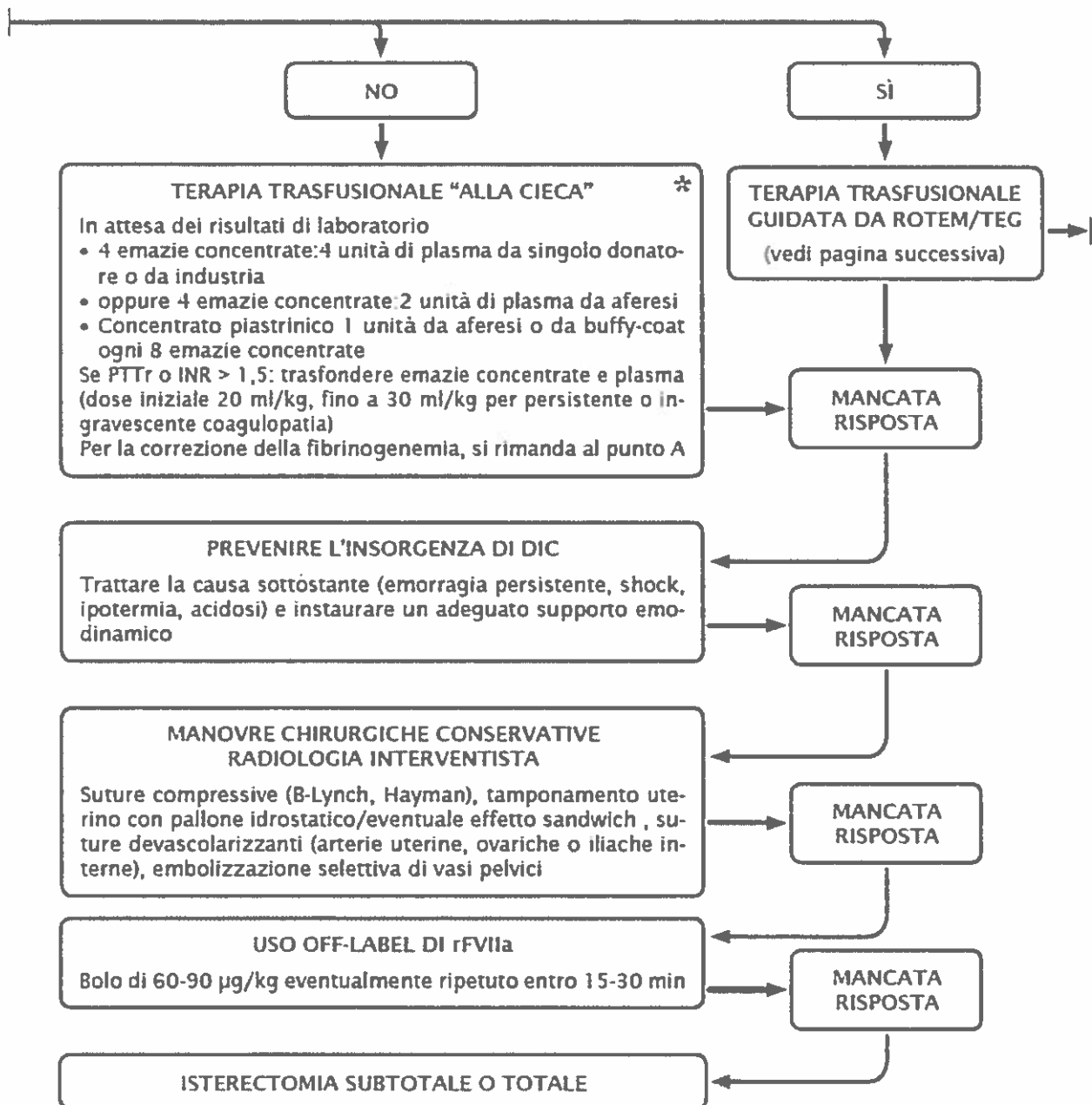
A) Perdite ematiche tra 500 e 1.000 mL, senza segni di squilibrio emodinamico





B) Perdite ematiche >1.000 mL, in paziente emodinamicamente instabile

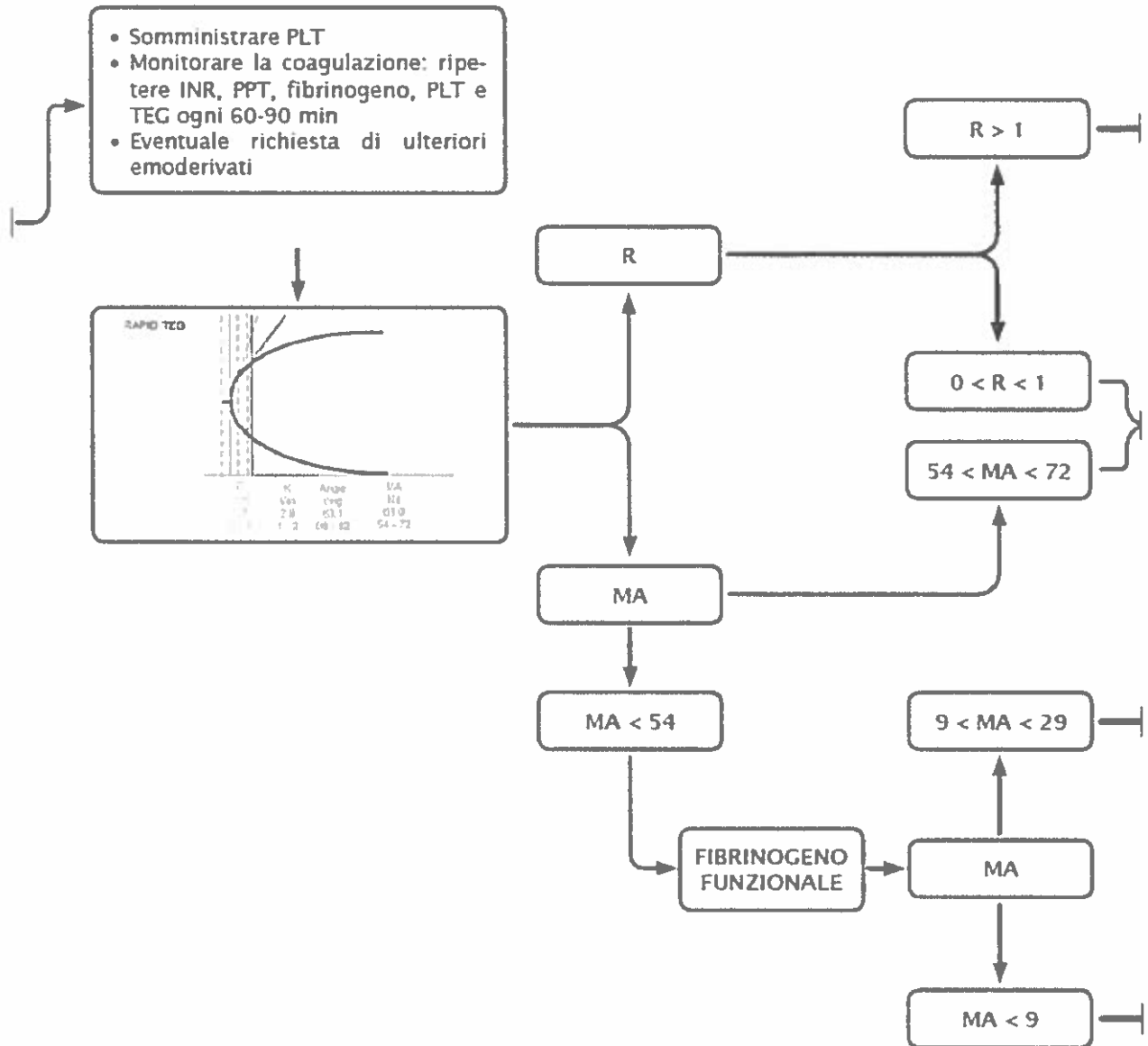




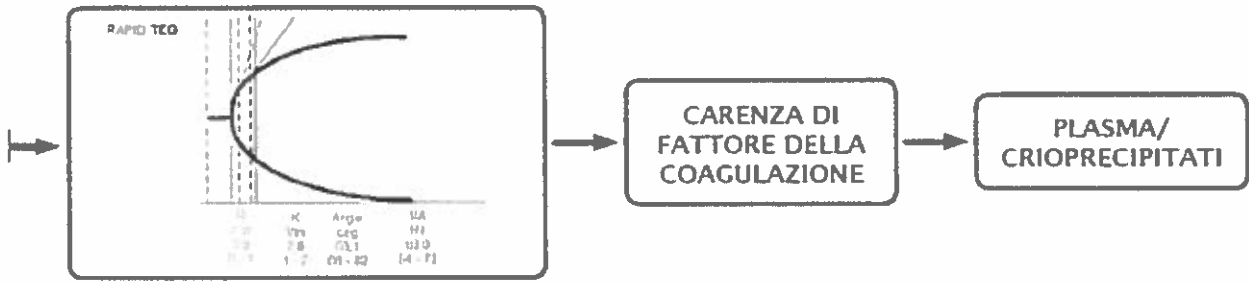
* Valori suggeriti, da applicare in base a situazione clinica e disponibilità emocomponenti



Terapia trasfusionale guidata da ROTEM/TEG [Brizzi, 2014] *

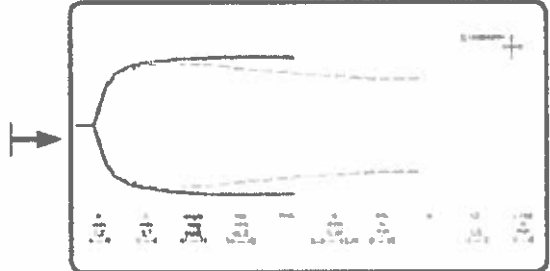


* Valori suggeriti sulla base dei protocolli operativi in uso dagli estensori del documento, in mancanza di parametri validati e standardizzati in letteratura



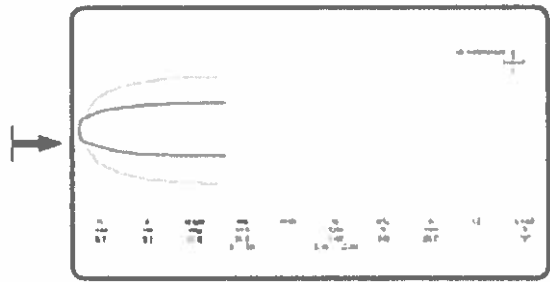
CARENZA DI
FATTORE DELLA
COAGULAZIONE

PLASMA/
CRIOPRECIPITATI



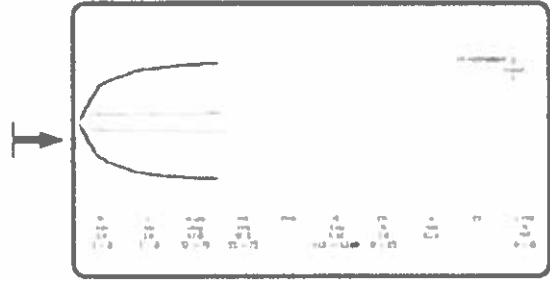
SANGUINAMENTO
CHIRURGICO

CHIRURGO
ESPERTO



CARENZA DI
PIASTRINE

PIASTRINE



CARENZA DI
FIBRINOGENO

FIBRINOGENO

