


Sito web www.ausl.pe.it	AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PESCARA Direttore Generale Dott. Armando Mancini	Revisione 0
	UNITA' OPERATIVA COMPLESSA MEDICINA LEGALE Direttore Dott. Ildo Polidoro U.O.S. RISK MANAGEMENT Responsabile Dott.ssa Annamaria Ambrosi	Anno emissione 2017
	<u>RACCOMANDAZIONE n. 6 - MARZO 2008:</u> PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	Redazione Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dott.ssa Rosangela Antuzzi
		Pagina 1 di 12

PROCEDURA AZIENDALE
“PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE
CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO”

GRUPPO DI LAVORO		
Nominativo	Qualifica/Struttura di appartenenza	Firma
Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Resp. UOS Risk Management	
Dott.ssa Rosangela Antuzzi	Posiz. Organizz. Serv. Inf. Territ. (Resid.-Domicil.) e Risk Management	
Dr. Franco Pellegrini	Dir. Medico I liv. UOC Ginecologia e Ostetricia, Referente Risk Management	
Dr.ssa Maria Rizzi	Dir. Medico I liv. UOC Anest. e Rianimaz. Referente Risk management	
Dr. Paolo Mascellanti	Dir. Medico I liv. UOC Ginecologia e Ostetricia, Referente Risk Management	
Dott.ssa Rina Di Giansante	Coord. Ostetrica UOC Ginecologia e Ostetricia, Referente Risk management	
Dott.ssa Annarita Lanciotti	Ostetrica UOC Ginecologia e Ostetricia, Referente Risk management	
Dott.ssa Caterina Macchiavelli	Ostetrica UOC Ginecologia e Ostetricia, Referente Risk management	
Dott.ssa Carmen Nappi	Ostetrica UOC Ginecologia e Ostetricia, Referente Risk management	

PERIODO DI VALIDITÀ E REVISIONE

Il presente documento sarà oggetto di revisione e monitoraggio periodico e sarà aggiornato in base alle eventuali evidenze emerse, ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

INDICE/CONTENUTI DEL DOCUMENTO

	FRONTESPIZIO, GRUPPO DI LAVORO E PERIODO DI VALIDITA' E REVISIONE	PAG. 1
	INDICE	PAG. 2
1	AMBITO DI APPLICAZIONE	PAG. 3
2	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	
3	RESPONSABILITA'	
4	ARCHIVIAZIONE	
5	ATTUAZIONE	
6	TITOLO, DESCRIZIONE SINOTTICA DEL DOCUMENTO	PAG. 4
6.1	TITOLO	
6.2	DESCRIZIONE SINOTTICA DEL DOCUMENTO	
7	TERMINOLOGIA/DEFINIZIONI/ABBREVIAZIONI	
8	CONTENUTI DEL DOCUMENTO	PAG. 5
8.1	GENERALITA'	
8.2	OBIETTIVI	
9	DIAGRAMMA DI FLUSSO/MAPPA CONCETTUALE	PAG. 6
10	VALUTAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO	
10.1	RIDUZIONE DELLA MORTALITA' MATERNA	
10.2	TRIAGE OSTETRICO	PAG. 7
11	MALATTIA TROMBOEMBOLICA	
12	EMORRAGIA POST-PARTUM	PAG. 8
13	IPERTENSIONE IN GRAVIDANZA - PREECLAMPSIA	PAG. 9
14	SEPSI	PAG. 10
15	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTALITA' MATERNA DA ANESTESIA	PAG. 11
16	FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE	
17	COMUNICAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA	
18	GESTIONE ED ORGANIZZAZIONE DELL'EQUIPE	PAG. 12
19	CONDIVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA	
20	FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI	
21	SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA/AVVERSO/NEAR MISS	
22	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	
ALL. 1	TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA	
ALL. 2	MONITORAGGIO GRAVIDANZA FIOLOGICA A TERMINE	
ALL. 3	MONITORAGGIO GRAVIDANZA A MEDIO RISCHIO PRESSO IL TERMINE	
ALL. 4	CRITERI DI ACCESSO AMBULATORIO GRAVIDANZA A RISCHIO	
ALL. 5	AMBULATORIO PER GRAVIDANZE CON INDICAZIONE AL TAGLIO CESAREO	
ALL. 6	PROTOCOLLO DI GESTIONE DEL PARTO VAGINALE DOPO TAGLIO CESAREO	
ALL. 7	GESTIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO TROMBOEMBOLICO ANTE-PARTUM E POST-PARTUM	
ALL. 8	GESTIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI EMORRAGIA POST-PARTUM	
ALL. 9	PROTOCOLLO GESTIONE DELL'EMORRAGIA MASSIVA	
ALL. 9A	ALGORITMO EMORRAGIA MASSIVA IN OSTETRICIA	
ALL. 10	PROTOCOLLO GESTIONE RICHIESTE E RITIRO EMOCOMPONENTI TAGLIO CESAREO	
ALL. 11	PROTOCOLLO ANESTESIOLOGICO GESTIONE TAGLIO CESAREO IN PAZ AD ALTO RISCHIO EMORRAGICO	
ALL. 12	CHECK LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA	
ALL. 13	DEFICIT FATTORE XI IN GRAVIDANZA	
ALL. 14	GESTIONE E TRATTAMENTO DELL'IPERTENSIONE/PREECLAMPSIA/HELLP SYNDROM	
ALL. 15	TRATTAMENTO E GESTIONE DEL PAZIENTE CON SEPSI	
ALL. 16	PROT ANTIBIOTICO-PROFILASSI IN SALA PARTO	
ALL. 17	GESTIONE PROM	
ALL. 18	TRASPORTO PERINATALE IN EMERGENZA (STAM E STEN)	

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

Tutte le strutture dell'ASL di Pescara dove la donna può afferire entro 42 giorni dal termine della gravidanza

2. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La presente Procedura sarà pubblicata nel sito aziendale:

- nell'albo pretorio sarà evidente la delibera di approvazione;
- nell'area interna riservata al Risk Management, Procedure e Allegati, sarà visibile e scaricabile l'intero documento.

Per una maggiore diffusione, la delibera di approvazione della medesima procedura, sarà inviata via e-mail ai Direttori/Dirigenti e ai Coordinatori delle UU.OO.CC. Aree Distrettuali, ai Direttori/Dirigenti e ai Coordinatori dei Dipartimenti Territoriali, alla UOS Assistenza Intermedia e alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri che a loro volta provvederanno ad inviarla ai Direttori/Dirigenti e i Coordinatori Infermieristici/Ostetrici/Tecnici delle UU.OO/Strutture ospedaliere, per la divulgazione e l'applicazione in tutte le Strutture aziendali.

3. RESPONSABILITA'

I destinatari del presente documento, ovvero i Direttori/Dirigenti e i Coordinatori Infermieristici/Ostetrici/Tecnici delle UU.OO/Strutture aziendali, che lo acquisiscono avranno la responsabilità di diffonderlo a tutti gli operatori, di facilitarne la consultazione e di sorvegliare la corretta applicazione nella struttura di competenza.

4. ARCHIVIAZIONE

La Delibera Direttoriale della presente Procedura sarà archiviata, in originale, presso la UOS Risk Management e catalogata in apposito registro per consentire la rintracciabilità e sarà corredata di tutte le revisioni successive.

5. ATTUAZIONE

Il presente documento entra in vigore dalla data della pubblicazione sul sito aziendale.

6. TITOLO, DESCRIZIONE SINOTTICA DEL DOCUMENTO**6.1 TITOLO**

“Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto”.

6.2 DESCRIZIONE SINOTTICA DEL DOCUMENTO

In attinenza alla Raccomandazione Ministeriale n. 6 del 2008, il presente documento enuncia gli interventi adottati dalla ASL di Pescara per ridurre/prevenire i decessi e la morbosità materna correlata al travaglio e/o parto.

7. TERMINOLOGIA/ DEFINIZIONI/ ABBREVIAZIONI

Audit clinico	Metodologia di analisi strutturata e sistemica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti e di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.
Morte materna	Morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento, ma non da cause accidentali o fortuite. Il tasso di mortalità materna è dato dal rapporto tra il numero di decessi materni su 100.000 nati vivi.
Morte tardiva	Morte di una donna per cause ostetriche dirette o indirette oltre i 42 giorni ma entro un anno dal termine della gravidanza. Esiste, infatti, crescente evidenza che la restrizione di tempo a 42 giorni dal parto rappresenti una limitazione al rilevamento di tutte le morti materne.
Morte correlata alla gravidanza	Morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla causa di morte. Questa definizione include quindi le morti per ogni causa comprese quelle accidentali e gli infortuni (ad esempio: incidenti stradali o omicidi).
Morte materna diretta	Risulta da complicanze ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio per interventi, omissioni o trattamenti inappropriati.
Morte materna indiretta	Risulta da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza o aggravate dalla gravidanza, quali patologie cardiache, neoplastiche e le malattie psichiatriche (suicidio).
Morbosità materna	Una donna che sarebbe deceduta, ma che è sopravvissuta alle complicazioni insorte durante la gravidanza, il parto o entro 42 giorni dal termine della gravidanza stessa perché ha ricevuto cure adeguate.
Postpartum	E' il periodo di due ore che segue l'espulsione della placenta.
Puerperio	E' il periodo di tempo che inizia dopo l'espulsione della placenta e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica.
Substandard care	L'assistenza al di sotto degli standard raccomandati dalla letteratura.
Underreporting	Segnalazione di un numero minore di casi rispetto a quanti sono effettivamente avvenuti.
Abbreviazioni	Descrizioni
ECG	Elettrocardiogramma
HELLP	Hemolysis, Elevated, Liver enzymes, low, Platelets
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
GDM	Diabete gestazionale
ISS	Istituto Superiore di Sanità
MMR	Maternal mortality ratio (decessi materni/100.000 nati vivi)
P.A	Persona Assistita
PE	Pre-eclampsia
SC/UOC	Struttura Complessa/Unità Operativa Complessa
EPP	Emorragia del Post Partum

8. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

8.1 GENERALITA'

La morte materna rappresenta un evento drammatico ed un indicatore cruciale, benché complesso, delle condizioni generali di salute e di sviluppo di un paese.

La mortalità e la morbosità materna correlate al travaglio, parto e puerperio sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati, tuttavia indagini condotte hanno rilevato che circa la metà delle morti materne sono dovute a sub standard care e potrebbero essere evitate grazie a migliori standard assistenziali.

Poiché la gravidanza, il parto/nascita e il post-partum sono momenti di un processo unico, la frammentazione delle prestazioni multidisciplinari, la difficoltosa circolazione e condivisione delle informazioni tra le diverse figure professionali secondo modalità codificate, hanno un peso rilevante sulla sicurezza delle cure e dall'assistenza.

8.2 OBIETTIVI

Ridurre la mortalità materna correlata al travaglio e/o parto, prevenire quelle evitabili e limitare gli esiti conseguenti a problemi di gravidanza, parto e puerperio. Vengono segnalati quali aspetti organizzativi cruciali su cui intervenire: il triage ostetrico, i percorsi assistenziali, la comunicazione interprofessionale, la comunicazione con la persona assistita e la documentazione in forma integrata dell'attività clinico-assistenziale.

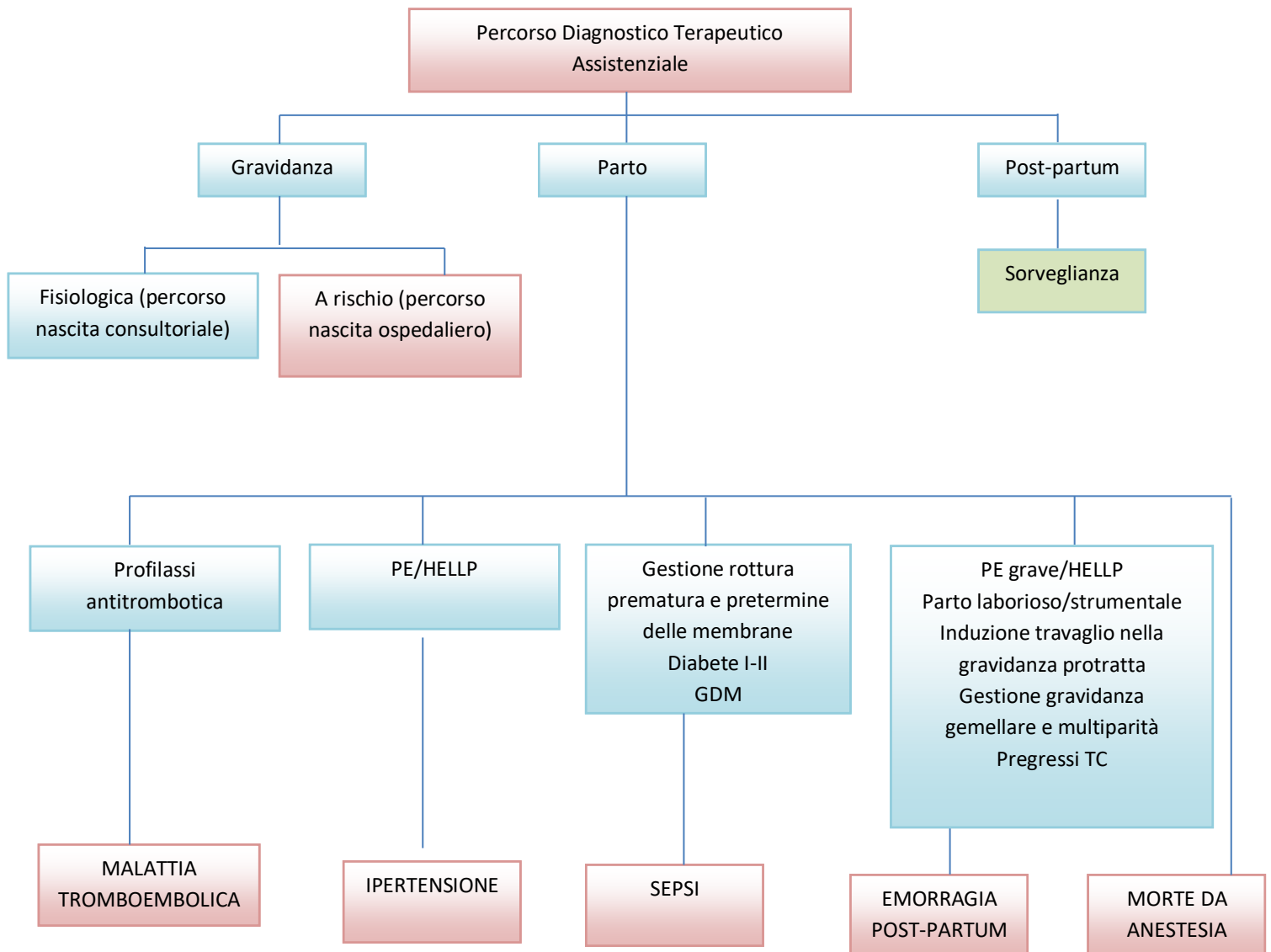
Nella Raccomandazione ministeriale gli aspetti clinici indicati come le cause più frequenti di decessi materni nei paesi occidentali sono:

- **Emorragia post-partum**
- **Sepsi**
- **Ipertensione**
- **Malattia tromboembolica**
- **Morte da anestesia**

9. DIAGRAMMA DI FLUSSO/ MAPPA CONCETTUALE

La mappa concettuale fa riferimento alla Raccomandazione del Ministero della Salute “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna collegata al travaglio e/o parto” e dettaglia le condizioni di rischio rispetto alle cinque cause più frequenti di eventi avversi (sepsi, emorragia post-partum, malattia tromboembolica, ipertensione, morte da anestesia).

Flow chart – PDTA “prevenzione della morte materna collegata al travaglio e/o parto”



10. VALUTAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO

10.1 RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ MATERNA

Si ritiene che la corretta valutazione del Rischio Ostetrico debba cominciare fin dall’inizio della gravidanza e l’Azienda Sanitaria di Pescara, secondo le Direttive Ministeriali e Regionali, si è dotata di un percorso assistenziale specifico definito Percorso Nascita “Tutela della maternità e promozione dell’appropriatezza del percorso nascita” (All. 1).

Il Percorso Nascita coinvolge in maniera puntuale il territorio nell’ottica di favorire la continuità e l’integrazione con le strutture ospedaliere. La finalità del Percorso Nascita è quella della presa in carico della donna gravida e del riconoscimento e classificazione del Rischio Ostetrico. Vengono pertanto suddivise e classificate le gravidanze come

fisiologiche, a Basso Rischio, a Medio rischio e ad Alto Rischio. Le gravidanze a Medio e ad Alto Rischio vengono prese in carico direttamente dalla Struttura ospedaliera secondo modalità e protocolli condivisi.

Nell'ottica dell'integrazione Ospedale – Territorio è stato creato un centro CUP (micro CUP) per la prenotazione diretta delle prestazioni erogate nei differenti ambulatori :

- Ambulatorio della gravidanza fisiologica a termine;
- Ambulatorio monitoraggio gravidanza a Medio Rischio presso il termine.

E' stato altresì istituito l'Ambulatorio dedicato ai Tagli Cesari. I Tagli Cesari programmati, a circa 34 settimane di età gestazionale, vengono rivalutati con particolare attenzione all'indicazione e alla valutazione del Rischio, al fine di attuare una prevenzione precoce delle eventuali complicanze. Nell'ambito delle attività dell'Ambulatorio dedicato ai Tagli Cesarei viene proposta la possibilità di accedere al Parto Vaginale (una volta vagliate tutte le possibili controindicazioni assolute e relative), secondo il "Protocollo di gestione del Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo", al fine della riduzione della percentuale dei Tagli Cesarei, secondo le indicazioni Ministeriali.

Si allegano i Protocolli:

- "Monitoraggio Gravidanza fisiologica a termine" (All. 2);
- "Monitoraggio gravidanza a Medio Rischio presso il termine" (All. 3);
- " Criteri di accesso Ambulatorio Gravidanza a rischio" (All. 4);
- "Ambulatorio per gravidanza con indicazione al Taglio Cesareo" (All. 5);
- "Protocollo di gestione del Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo" (All. 6).

10.2 TRIAGE OSTETRICO

La gravida che accede al Pronto Soccorso può essere inviata direttamente all'UOC di Ginecologia e Ostetricia, essendo stato istituito un Percorso privilegiato denominato Fast Track . Tale modello organizzativo, (ad eccezione dei codici rossi), dà la possibilità alla donna di essere sottoposta a controlli specialistici specifici evitando le attese in Pronto Soccorso.

Al momento dell'accettazione e/o del ricovero viene effettuato il triage ostetrico che prevede:

- raccolta anamnestica dettagliata,
- acquisizione e visione della documentazione in possesso della paziente,
- esecuzione della Cardiotocografia d'ingresso,
- visita ed ecografia ostetrica,
- compilazione della Cartella Clinica,
- colloquio informativo con la gestante relativo al protocollo diagnostico assistenziale, elencando le possibili alternative in presenza di Rischio Ostetrico.

Tali attività hanno la finalità di una corretta presa in carico della gestante e soprattutto della corretta attribuzione del codice di Rischio Ostetrico.

Il Rischio Ostetrico determina l'attivazione delle procedure e dei protocolli previsti per la patologia presente, previa acquisizione del consenso da parte della paziente.

L'equipe del triage è composta dall'ostetrica dedicata e dal medico ginecologo di guardia della Sala Parto.

11. MALATTIA TROMBOEMBOLICA

La patologia tromboembolica costituisce una delle principali cause di morte materna diretta con un tasso di mortalità di 1.1 per 100.000 parti. La gravidanza si associa ad un rischio aumentato da 5 a 6 volte di trombosi venosa profonda (TVP). Una donna gravida ha un rischio di tromboembolia venosa (TEV) da 2 a 10 volte superiore rispetto a una donna della stessa età non gravida. Il 60% degli eventi tromboembolici si verificano nelle prime due settimane dopo il parto e il 40% nella terza e quarta settimana. Il NICE (National Institute for health and care excellence) stima che la profilassi con eparina a basso peso molecolare (EBPM) potrebbe contribuire ad una riduzione del rischio tromboembolico nelle pazienti medico/chirurgiche del 60% e 70% rispettivamente. In caso di mancato o inadeguato trattamento della TVP, circa il 24% delle pazienti può andare incontro a embolia polmonare (EP) con un tasso di mortalità del 15%. Fondamentale è un'attenta valutazione dei fattori di rischio, associata ad una terapia adeguata, la quale, se indicata dovrà essere instaurata precocemente.

La valutazione dei fattori di rischio è da eseguire su tutte le pazienti gravide alla prima visita ostetrica, ad ogni ricovero e/o alla comparsa di nuovi fattori di rischio. La paziente, gravida o puerpera, in relazione alla preesistenza o nuova comparsa di fattori di rischio, sarà inclusa in una specifica classe di rischio (Rischio molto elevato, Rischio

elevato, Rischio intermedio, Rischio basso) e seguirà uno specifico percorso assistenziale, come da allegato (All. 7 “Gestione e valutazione del rischio tromboembolico ante-partum e post-partum, linee guida RCOG 2015 e AOGOI 2013”).

Riferimenti:

- AOGOI "Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio" Raccomandazioni, Aprile 2013
- Royale College Obstetrics and Gynecology "Green Top Guideline" n. 37 b, 2015
- Siset "Screening di trombofilia e indicazioni alla profilassi farmacologica in gravidanza" 2007
- EMERGENZE IN SALA PARTO Ragusa, Crescini, Maini
- P DS 7.04 "Gestione del farmaco"
- PT CARD 006 "Gestione della Tromboembolia polmonare"
- PT OST 004 "Gestione profilassi tromboembolica".

12. EMORRAGIA POST-PARTUM

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che l'emorragia del post partum (EPP) è, a livello globale, la prima causa di mortalità e grave morbosità materna.

Tale condizione è infatti responsabile di circa un quarto delle morti che avvengono in gravidanza, al parto o durante il puerperio (WHO 2012), di cui la gran parte si verifica nei paesi del Sud del mondo (Khan 2006). Il sistema di sorveglianza ostetrica ISS-regioni ha rilevato una sottostima del 60% del Rapporto di Mortalità Materna (MMR) stimato utilizzando i soli certificati di morte dell'ISTAT. Le indagini confidenziali realizzate nell'ambito del sistema di sorveglianza ISS regioni tra il 2013 e il 2015 hanno evidenziato che oltre la metà dei casi di morte materna dovuta a EPP presentavano un'assistenza al di sotto dello *standard*.

Le principali criticità emerse dall'analisi dei casi evitabili presi in esame dal sistema di sorveglianza ostetrica ISS-Regioni sono: l'inappropriatezza dell'indicazione al taglio cesareo, sia programmato che d'urgenza; l'inappropriato monitoraggio della puerpera nell'immediato post partum e nelle prime 24 ore dal parto; l'inadeguata comunicazione tra professionisti; l'incapacità di apprezzare la gravità del problema; il ritardo nella diagnosi e nel trattamento, ma anche l'inappropriata assistenza durante la gravidanza e la mancata richiesta di prodotti del sangue nei tempi opportuni. Il margine di evitabilità dei decessi secondari a EPP va interpretato come un'opportunità per migliorare l'organizzazione e la qualità dell'assistenza con l'obiettivo di ridurre gli esiti sfavorevoli per la madre e il neonato.

Al fine di facilitare la migliore organizzazione dell'assistenza durante la gravidanza devono essere prese in esame e valutate tutte le condizioni che rappresentano potenziali fattori di rischio e/o predittivi per l'EPP. Occorre tuttavia ricordare che molti casi di EPP avvengono in donne che non presentano alcun fattore di rischio. L'attenta valutazione anamnestica, per identificare le donne a maggior rischio di sanguinamento eccessivo, deve essere effettuata di routine non solo durante l'assistenza in gravidanza, ma anche al momento del ricovero per travaglio di parto, per facilitare il ricorso tempestivo alle eventuali terapie mediche e chirurgiche e l'organizzazione dell'assistenza in caso di emergenza. Le Linee Guida SNLG “Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla” dell'Ottobre 2016 distinguono i fattori di rischio in due grandi classi: fattori di rischio identificabili durante la gravidanza; fattori di rischio identificabili durante il travaglio e il parto.

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), come riassunto nelle flow chart in allegato. Il monitoraggio della paziente deve continuare anche nel post partum e alla dimissione 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 e di consegnare alla donna una lettera di dimissione che contenga informazioni dettagliate relative all'EPP e alle eventuali procedure/interventi chirurgici eseguiti (All. 8 “Gestione e valutazione del rischio di Emorragia Post-Partum”).

L'Unità Operativa di Ostetricia dell'ASL di Pescara ha avviato una serie di attività, adeguandosi alle Raccomandazioni Ministeriali e delle più prestigiose Società scientifiche. In particolare il personale ostetrico, infermieristico e medico ha preso parte a uno specifico corso di formazione “Emorragia critica peripartum”. Inoltre è in fase di programmazione l'organizzazione di simulazioni periodiche delle emergenze ostetriche e il *training* nel lavoro di *team* (Rizvi 2004, Deneux-Tharaux 2010) su uno specifico manichino di simulazione.

Nei casi di emorragia massiva si fa riferimento al Protocollo Aziendale “ Gestione dell’emorragia massiva” (All. 9) e all’Algoritmo “Emorragia massiva in ostetricia” (All. 9A).

In caso di taglio cesareo per la richiesta, la preparazione, la consegna e il ritiro degli emocomponenti è attivo uno specifico protocollo “ Gestione richieste e ritiro emocomponenti Taglio Cesareo” (All. 10) . Inoltre per le pazienti ad alto rischio emorragico è previsto un preciso iter secondo lo specifico protocollo “Protocollo anestesiológico per la gestione del Taglio Cesareo in pazienti ad alto rischio emorragico” (All. 11). In caso di taglio cesareo è necessario compilare la “Check List per la sicurezza in sala operatoria” (All. 12).

Infine è attiva una specifica procedura per i casi di disordini della coagulazione “Gestione Travaglio paziente affetta da Deficit fattore XI della coagulazione”. (All. 13).

Riferimenti:

- Linee Guida SNLG “Emorragia post - partum: come prevenirla, come curarla.”, Ottobre 2016.
- Gestione multidisciplinare dell’emorragia post- partum, Algoritmo 2014.

13. IPERTENSIONE IN GRAVIDANZA – PREECLAMPSIA

La definizione dell’ipertensione in gravidanza è la seguente:

- rilievo di PAS \geq 140 mmHg e/o
- rilievo di PAD \geq 90 mmHg (5° tono di Korotkoff), confermate da numerose rilevazioni a distanza di parecchie ore.

Si definisce ipertensione severa:

- rilievo di PAS \geq 160 mmhg e/o
- rilievo di PAD \geq 110 mmhg, confermate da 2 rilevazioni a distanza di 15 minuti.

CLASSIFICAZIONE

L’ipertensione in gravidanza viene classificata come riportato nello schema sottostante:

CLASSIFICAZIONE DELL’ IPERTENSIONE IN GRAVIDANZA	
IPERTENSIONE GESTAZIONALE ↓	Ipertensione che insorge in gravidanza dopo la 20 ^a settimana di gestazione, senza altri segni di alterazioni multisistemiche o di preeclampsia, e che si risolve entro 6-12 settimane dopo il parto.
Severa	PAS \geq 160 mmHg e/o PAD \geq 110 mmHg
PREECLAMPSIA ↓	Ipertensione gestazionale e uno o più dei seguenti segni: <ul style="list-style-type: none"> •Proteinuria \geq 0,3 g/24h (o proteinuria/creatinina \geq 30 mg/mmol nel campione isolato) di nuova insorgenza •Una o più condizioni avverse •Una o più complicanze severe
Severa	Preeclampsia con una o più complicanze severe
IPERTENSIONE CRONICA	<ul style="list-style-type: none"> •Ipertensione presente prima della gravidanza o prima della 20^a settimana di gestazione •Ipertensione osservata per la prima volta in gravidanza e che non si risolve dopo il puerperio.
PREECLAMPSIA SOVRAPPOSTA AD IPERTENSIONE CRONICA	Quando all’ipertensione cronica si associa ad uno o più dei segni di preeclampsia: <ul style="list-style-type: none"> •Proteinuria significativa di nuova insorgenza o ingravescente •Ipertensione resistente alla terapia •Una o più condizioni avverse •Una o più complicanze severe

Le diverse condizioni patologiche richiedono specifici trattamenti e percorsi assistenziali ben definiti, come riportato in “ Gestione e trattamento dell’Ipertensione/ Preeclampsia/ HELLP SYNDROME” (All. 14).

Anche il timing e le modalità del parto devono essere stabilite in relazione alle caratteristiche della patologia ipertensiva e all’epoca gestazionale della gravidanza .

Inoltre, sempre tenendo conto della diagnosi di dimissione, si dovrà consigliare alla paziente uno specifico follow up clinico e terapeutico.

Riferimenti:

- Magee La, Pels A, Helewa M, Rey E, Dadelszen Von P. Diagnosis, Evaluation, And Management Of The Hypertensive Disorders Of Pregnancy. Pregnancy Hypertension: An International Journal Of Women's Cardiovascular Health. Elsevier; 2014 Apr;4(2):105–45.
- Linee Guida Aipe 2013 [Internet]. [Cited 2013 Mar 24]. Available From: [Http://Www.Preeclampsia.It](http://www.preeclampsia.it)
- Magee La, Helewa M, Moutquin J-M, Dadelszen Von P, Hypertension Guideline Committee, Strategic Training Initiative In Research In The Reproductive Health Sciences (Stirrhs) Scholars. Diagnosis, Evaluation, And Management Of The Hypertensive Disorders Of Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2008. Pp. S1–48.
- Sibai Bm. Evaluation And Management Of Severe Preeclampsia Before 34 Weeks' Gestation. American Journal Of Obstetrics And Gynecology. 2011.
- Sibai Bm, Stella Cl. Diagnosis And Management Of Atypical Preeclampsia-
- Eclampsia. American Journal Of Obstetrics And Gynecology. 2009 May;200(5):481.E1–481.E7.
- Sibai Bm. Imitators Of Severe Pre-Eclampsia. Seminars In Perinatology. 2009 Jun;33(3):196–205.
- Letsky Ea. Disseminated Intravascular Coagulation. Best Practice & Research Clinical
- Obstetrics & ... 2001.
- ACOG “Hypertension inpregnancy” 2013

14. SEPSI

Si definisce sepsi un processo infettivo (noto o anche solo fortemente sospetto) che si associa alla presenza di almeno due segni clinici di una sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS): ipertermia o ipotermia, tachicardia, tachipnea, leucocitosi o leucopenia. La sepsi rappresenta una condizione clinica frequente, di difficile gestione, associata a una mortalità molto elevata quando si accompagna a insufficienza d'organo (sepsi grave, 20-25%) o a uno stato di shock (shock settico, 40-70%).

La sepsi si verifica anche durante la gravidanza, al momento del parto o durante il puerperio sia dopo Parto Spontaneo che dopo Taglio Cesareo. L’OMS definisce sepsi puerperale come “infezione del tratto genitale che si verifica in qualunque momento tra l’inizio della rottura delle membrane o del travaglio e il 42° giorno dopo il parto e l’aborto”, in cui sono presente due o più dei seguenti sintomi:

- dolore pelvico,
- febbre > o uguale a 38, 5°C, misurata per via orale in qualsiasi momento,
- anomale perdite vaginali,
- perdite vaginali maleodoranti,
- ritardi nell’involuzione uterina.

L’incidenza della sepsi è di circa 1 su 1000 parti, la sua forma più grave, lo shock settico, ha un’incidenza di 1 su 8000 parti circa. La sepsi rappresenta dall’8% al 12% delle cause dirette di mortalità materna. I patogeni più frequenti sono Streptococco di gruppi A,B,C,D e G, Stafilococco aureo, Escherichia Coli, Anaerobi.

I fattori di rischio per tale patologia sono:

- infezioni del tratto urinario,
- parto pretermine,
- rottura prolungata delle membrane,
- corionamniotite,
- Taglio cesareo in generale e di urgenza,
- la ritenzione di materiale ovulare,
- l’endometrite post partum,
- la morte fetale.

L’impiego sistematico di metodi di valutazione con inquadramento sistematico delle pazienti basato sulla rilevazione dei segni vitali, associata ai dati anamnestici e clinici (facilitata dall’impiego di strumenti di *screening*) consente la

precoce identificazione delle pazienti e l'attivazione della risposta, secondo quanto riassunto nell'algoritmo "Trattamento e gestione del paziente con sepsi" (All. 15).

Per la prevenzione primaria è raccomandato ridurre le esplorazioni vaginali all'essenziale nelle donne con membrane rotte e rispettare comunque rigorose misure di asepsi durante le esplorazioni vaginali, mantenere un'accurata pulizia delle mani, utilizzare la profilassi antibiotica in caso di taglio cesareo.

La prevenzione secondaria si avvale di un trattamento aggressivo e tempestivo mediante antibiotici ad ampio spettro. Il trattamento deve essere instaurato immediatamente senza attendere gli accertamenti di laboratorio. E' opportuno consultare un medico infettivologo.

Gli strumenti di riferimento per l'Unità di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Pescara per la prevenzione della sepsi sono:

- Linee guida "Antibiotico-profilassi in Sala Parto" , Rev 2,25/11/2014 (All. 16);
- Linea guida " Rottura prematura delle membrane amniocoriali - gestione PROM", 30/11/2012 (All. 17).

Riferimenti:

– Rivers E, Nguyen B, Havstad S et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 2001;345:1368-77.

– R. Phillip Dellinger et al. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med 2004; 32 (3): 858-873.

– R. Phillip Dellinger et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med 2008; 34: 17-60.

– R. Phillip Dellinger et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med 2013; 41 (2): 580-637.

15. ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTALITA' MATERNA DA ANESTESIA

Le morti materne riconducibili direttamente all'anestesia sono ormai rare e dovute prevalentemente al mancato controllo delle vie aeree in anestesia generale per taglio cesareo. Il tasso di mortalità è pari a 3 per milione di maternità; in caso di taglio cesareo il tasso di mortalità è di 1 per 100.000 cesarei.

Nella nostra Azienda, da molti anni, il taglio cesareo, sia in elezione che in urgenza, viene eseguito in anestesia spinale che riduce notevolmente i rischi, sia per la partoriente che per il nascituro. Nei casi in cui si è costretti ad eseguire una anestesia generale, bisogna tener conto che nella donna a termine di gravidanza esistono delle fisiologiche modificazioni dell'apparato respiratorio che hanno dirette implicazioni anestesilogiche poiché espongono più facilmente all'ipossiemia a causa di una riduzione della CFR, di un aumentato consumo di O₂ e di una più spiccata tendenza all'ostruzione delle vie aeree. Se a questo si aggiunge una maggiore imbibizione dei tessuti, si capisce come l'incidenza di complicanze legata alla mancata intubazione tracheale è 7 volte maggiore nelle pazienti ostetriche rispetto a tutti gli altri tipi di pazienti (1:300 vs 1:2000).

L'approccio al controllo delle vie aeree difficili nella ns U.O. fa riferimento alle linee guida redatte dal gruppo di studio SIAARTI. Inoltre, abbiamo a disposizione presso ogni sala operatoria un sistema di laringoscopia indispensabile per le intubazioni oro-tracheali difficili.

16. FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE

Per agevolare la comunicazione tra i professionisti sono previste riunioni multidisciplinari, con cadenza variabile, nelle diverse Strutture Complesse.

Inoltre, il flusso delle informazioni e delle comunicazioni tra i professionisti trova supporto nella condivisione della documentazione clinica o altra modulistica in uso, in forma sia cartacea che informatizzata.

17. COMUNICAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA

I professionisti coinvolti nell'assistenza, sin dal primo accesso della donna alla struttura sanitaria e per tutta la durata del suo percorso, provvedono ad informarla, sostenerla emotivamente, perché sia parte attiva del processo di *decision making*, instaurano con la donna/coppia una valida ed efficace comunicazione, favorendo la partecipazione e la fiducia verso le cure e l'assistenza fornite. Nell'ambito della relazione con il professionista, la donna deve poter esprimere liberamente le proprie decisioni rispetto agli atti sanitari proposti, come definito anche nella Procedura Aziendale "Informazione al paziente e consenso informato", reperibile sul sito aziendale , Area Risk Management-Procedure e Allegati.

18. GESTIONE ED ORGANIZZAZIONE DELL'ÉQUIPE

Per la garanzia e la tutela della salute della donna e del suo bambino è indispensabile la collaborazione di tutti i professionisti che partecipano all'evento nascita, ciascuno secondo le proprie competenze e nel rispetto della normativa vigente.

Compatibilmente alla disponibilità delle risorse assistenziali fruibili, la predisposizione dei turni di servizio deve avvenire nel rispetto di criteri di sicurezza e garanzia sia per la donna e il nascituro che per i professionisti coinvolti.

19. CONDIVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

La continuità assistenziale della donna in gravidanza è favorita dalla presenza del "Percorso Nascita" (All. 1) già attivo nella ASL di Pescara.

Il percorso nascita mette in condizione, tutti i professionisti che vengono a contatto con la Persona Assistita durante la gravidanza, di annotare il proprio intervento nella documentazione clinica allo scopo di mettere in comune tutte le informazioni relative alla gravida.

La condivisione della documentazione clinica, è indispensabile, e va ad arricchire la comunicazione interprofessionale, soprattutto quando la donna gravida è trasportata in emergenza da una struttura all'altra, per questo si fa riferimento al "Trasporto perinatale in emergenza (STAM E STEN)" della Regione Abruzzo (All. 18).

20. FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI

Le attività formative relative a competenze specifiche ostetrico-ginecologiche-assistenziali rientrano nella responsabilità dei Direttori delle UU.OO. coinvolte, anche attraverso riunioni di discussione su casi clinici.

21. SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA/AVVERSO/NEAR MISS

L'evento sentinella "Morte materna correlata al travaglio e/o parto" e/o ogni altro evento avverso devono essere obbligatoriamente segnalati all'UOS Risk Management utilizzando le apposite schede reperibili nel Sito aziendale, area interna- RISK MANAGEMENT- modulistica.

22. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività	Responsabile UOC Ostetrica e Ginecologia	Coord Ostetrico/ Infermieristico	Ginecologo	Ostetrica	Infermiere	Anestesista
Attori Gestione ed organizzazione équipe	R	R	C	C	C	C
Valutazione del rischio	I	I	R	R	C	R
Applicazione protocolli/ procedure/istruzioni operative	R	R	R	R	R	R
Compilazione partogramma	I	I	C	R	I	I
Applicazione procedura Trasporto in emergenza (STAM –STEN)	I	I	R	R	R	R
Condivisione e compilazione documentazione clinica	R	R	R	R	R	R
Comunicazione interprofessionale	R	R	R	R	R	R
Comunicazione con la Persona Assistita	R	R	R	R	R	R
Segnalazione eventi sentinella/avversi/ near miss	R	R	R	R	R	R
Monitoraggio e verifica adozione procedura	R	R	C	C	C	C

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Informato